



ISSN: 1870-2767

SALUD PÚBLICA I: PRODUCTOS DEL MÓDULO

(Generación 2005-2007, primer semestre)

Mauricio Mendoza González
(Compilador)

COLECCIONES EDUCATIVAS **3** EN SALUD PÚBLICA

Universidad Veracruzana

Dr. Raúl Arias Lovillo

Rector

Dr. Ricardo Corzo Ramírez

Secretario Académico

Lic. Víctor Aguilar Pizarro

Secretario de Administración y Finanzas

Dr. Adalberto Tejeda Martínez

Director General de Investigaciones

Dr. Porfirio Carrillo Castilla

Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Mtro. Agustín Aguirre Pitalúa

Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Mtro. Enrique Hernández Guerson

Director del Instituto de Salud Pública

Comité Editorial

Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra

Editor

Dr. Roberto Zenteno Cuevas

Co- Editor

Dr. Miguel Figueroa Saavedra

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales

Dr. Jaime Morales Romero

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León

Dra. Edit Rodríguez Romero

Coordinación Administrativa

C.P. Angélica Tapia Vázquez

Diseño Editorial

María Elena López Vázquez

Mauricio Mendoza González

mmendoza@uv.mx

(Compilador)

ISSN: 1870-2767

Salud Pública I:

Productos del Módulo

(Generación 2005-2007, primer semestre)

2007

Instituto de Salud Pública

Universidad Veracruzana

Primera edición, Xalapa, Ver. 2007.

SALUD PÚBLICA I:

Productos del Módulo

(Generación 2005-2007, primer semestre)

Mauricio Fidel Mendoza González

(Compilador)

2007

Mauricio Fidel Mendoza González
(Compilador)

Salud Pública I:
Productos del Módulo
(Generación 2005-2007, primer semestre)
2007

Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana

Primera edición, Xalapa, Veracruz. 2007
Se imprimió en los talleres de DOCUMASTER SA de CV
Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle
CP. 03220 México DF:

Diseño y edición digital
María Elena López Vázquez

Se admite la reproducción parcial o total
De esta publicación con la condición
de que sea mencionada la fuente.

Correspondencia:
Instituto de Salud Pública.
Universidad Veracruzana.
Av. Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Ánimas.
C.P. 91190. Xalapa, Ver.
mmendoza@uv.mx

CONTENIDO

Presentación	5
Programa del Módulo: Salud Pública I	9
Diagnóstico de salud del Centro de Salud Miguel Alemán <i>Mónica Carrasco Gómez, Claudia Patricia Laguna Martínez, Ricardo Zamudio Vega</i>	23
Diagnóstico de las condiciones de salud de la población de área de influencia del Centro de Salud Gastón Melo <i>María Elena Aguirre Pavón, Andrea Isunza Vera, Francisco Antonio. Zubieta Vargas</i>	49
Diagnóstico de salud Centro de Salud José A. Maraboto C. Xalapa, Veracruz 2005 <i>Jaziel Anaya Cassou, Oswall Johny Marin Marin, Christian Ortiz Chacha</i>	91
Diagnóstico de las condiciones de salud de la población del área de influencia del Centro de Salud Urbano Sebastián Lerdo de Tejada <i>Alejandra Arellano Ale, Josefa Patricia Marin Lozano, María de Lourdes Mota Morales</i>	117
Diagnóstico de salud del Centro de Salud Emiliano Zapata. Xalapa, Veracruz <i>Francisco Javier Auñon Segura, Evangelina Montes Villaseñor, Charbel E. Rosas López</i>	149
Diagnóstico de salud del Centro de Salud Revolución <i>Esmeralda Bernal Aguilera, Sara Flores Méndez, Alberto Morales Rodríguez</i>	183
Análisis de la situación de salud del universitario, Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, 2005 <i>Perla Madahi Calderón Rodríguez, María Luisa Sánchez Murrieta, José Antonio Montiel Domínguez</i>	225
Diagnóstico de salud del Centro de Salud Arroyo Blanco. Xalapa, Veracruz <i>Eric Abad Espindola, Felipe Alejandro López Arriaga</i>	267
Diagnóstico de salud priorizado del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana <i>Betzaida Cuevas Cordoba, Ma. Silvia de los Ángeles Xolocostli Munguía</i>	281
Diagnóstico de la situación de salud del Municipio de Banderilla, Veracruz <i>Hansy Cortes Jiménez, Guadencio Gutierrez Alba, Guadalupe Berenice Santos Adolfo</i>	293
Diagnóstico de salud de la Clínica Hospital del ISSSTE. Xalapa, Veracruz <i>María de la Luz Díaz Zamudio, Nelson Ariel Riera Vázquez, Nancy Villegas García</i>	309

PRESENTACIÓN

La Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana inicia actividades académicas en el año 2001, con el antecedente de continuidad de la especialización análoga, que arrancó en 1981 y de la que egresaron cerca de cuatrocientos especialistas del área. Del programa de maestría han egresado dos generaciones de alumnos (2001-2003 y 2003-2005) y una tercera que se encuentra en periodo de conclusión (2005-2007); en esta última generación se realizó un cambio sustancial, transitando a un plan de estudios modular centrado en tres ejes 1) formar y desarrollar competencias profesionales en salud pública, derivadas de las Funciones Esenciales de la Salud Pública; 2) el aprendizaje de los estudiantes, y; 3) un énfasis especial en el desarrollo de competencias transversales: a) interacción social, b) proactividad, c) asertividad, d) liderazgo situacional, e) orientación hacia el logro, f) compromiso ético, g) aprendizaje permanente, h) profesionalismo, i) orientación, hacia el trabajo en equipo y j) autoestima).

Para el programa de maestría en desarrollo se debe considerar que todo gira alrededor de las competencias profesionales establecidas para los egresados, las cuales se establecen a partir de las funciones clave y estas a su vez derivan del propósito clave de la salud pública, el cual se enuncia a continuación:

“Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario”.

A partir de dicho propósito se establecieron cuatro funciones clave, siendo el hilo conductor para el módulo Salud Pública I la que se definió operativamente como *“identificar, analizar y evaluar la situación de salud e inequidades de una población en un marco de participación social y promoción de la salud”*, condición que permitió la definición de dos competencias a desarrollar:

1. Identificar y analizar los principales problemas de salud-enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes, desde una perspectiva integral y de promoción de una cultura para la vida y la salud.
2. Analizar e interpretar las desigualdades geo-territoriales, étnico-culturales y económico-sociales en la distribución de la salud-enfermedad.

El Módulo Salud Pública I partió de un objetivo académico que consideraba que los alumnos al concluirlo fueran capaces de *identificar y analizar los principales problemas de salud-enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes, y; analizar e interpretar las desigualdades geo-territoriales, étnico-culturales y económico-sociales en la distribución de la salud-enfermedad*. El instrumento académico y operativo para dar respuesta a esta necesidad de aprendizaje fue la construcción de un diagnóstico de salud. Estas memorias concentran los criterios de desarrollo del módulo e integra los reportes de los diagnósticos de salud realizados por los estudiantes. Pero esencialmente es evidencia del cumplimiento del objetivo trazado y del desarrollo de las competencias propuestas.

Desarrollo del Módulo Salud Pública I

El módulo Salud Pública I fue desarrollado entre los meses de agosto de 2005 y febrero de 2006. El grupo estuvo constituido por 31 estudiantes (sin deserciones durante el desarrollo), los cuales fueron integrados en once equipos y a su vez asignados al mismo número de sedes de trabajo de campo. La idea fundamental del

programa era que los alumnos se enfrentaran a una necesidad concreta derivada del quehacer cotidiano en los servicios de salud y que a partir de ese punto emprendieran la búsqueda de información que les permitiera enfrentarse a dicha necesidad; así como facilitar las condiciones para que se dieran aprendizajes significativos, esto es, que los alumnos vincularan en todo momento la información con una realidad concreta.

El proceso para la construcción de los diagnósticos de salud incluyó, la integración teórica de un diagnóstico de salud estándar desarrollado durante las sesiones teóricas de la maestría, en el Módulo Salud Pública I, el cual contenía ocho apartados principales y 85 variables mínimas, consideradas como “ideales” (lo cual no era un elemento excluyente de otras propuestas fundamentadas): Antecedentes (2 variables), aspectos geográficos (7 variables), factores de riesgo del ambiente físico (8 variables), demografía (11 variables), daños a la salud (20 variables), factores de riesgo del ambiente social (16 variables), factores de riesgo del ambiente económico (7 variables) y recursos para la salud (14 variables).

Una idea conceptual global de la cual se partió, era considerar al diagnóstico de salud como un ejercicio en salud pública que permite recolectar, procesar, almacenar y analizar la información necesaria para tener una visión real de la situación de salud de una comunidad, así como de aquellos factores que modifican o alteran el proceso salud-enfermedad-atención de una comunidad. Que incluye la identificación de los recursos disponibles para resolver o controlar las problemáticas y plantear las alternativas de solución a las situaciones encontradas. El diagnóstico de salud constituido como un proceso de investigación permanente, de interpretación y análisis de la situación de salud de la población, que lleva a la definición de requerimientos y a la acción para contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales, de tal manera que permita mejorar las condiciones de salud de una población.

Los parámetros base empleados que permitieron su integración fueron: a) la delimitación geopolítica; b) la integración del perfil poblacional; c) la determinación de los daños a la salud, especialmente a partir de indicadores de morbilidad y mortalidad y en algunos casos la evaluación de encuestas que determinan la morbilidad sentida; d) la priorización de daños a partir de criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad o de problemas de salud; e) la explicación de los daños priorizados desde una perspectiva integral (biológica, económica, social, etc.); f) la evaluación de los recursos para la salud, y; g) el esbozo de criterios de intervención.

Las fases para el desarrollo del diagnóstico de salud implicaron, un proceso que incluyó la planeación, la ejecución, la evaluación, la integración del diagnóstico propiamente dicho, la priorización de los eventos en salud a atender y la formulación de intervenciones.

La negociación y acceso incluyó la instrumentación de un modelo de evaluación de la condición que se guardaba en cada unidad de práctica de campo de los alumnos, que consideraba, un instrumento de cotejo acerca de lo que idealmente debía de encontrarse y lo que estaba presente o en todo caso, la evaluación de elementos aislados presentes en la unidad, así como una entrevista dirigida al directivo de dicha unidad.

Con esa información fue desarrollado un ejercicio metodológico para realizar cada diagnóstico de salud acorde a la realidad local, a partir de considerar esa actividad como un proceso de investigación permanente, de interpretación y análisis-reanálisis de la situación de salud de la población, que llevara a la definición de requerimientos y a la acción para contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales, de tal manera que permitiera mejorar las condiciones de salud de esa población particular.

A la par de la actividad de campo, el Módulo Salud Pública I manejó una serie de contenidos teóricos que guiaban tanto el desarrollo de la actividad como la adquisición de elementos de soporte: a) una unidad introductoria a la salud pública y a la construcción del diagnóstico de salud; b) cinco unidades temáticas

consideradas como bases demográficas, epidemiológicas, biológicas, sociológicas y económico y administrativas del diagnóstico de salud, y; c) una unidad de integración y evaluación.

Con la intención de homogenizar el trabajo académico se creó una monografía acerca de las generalidades para la integración de un diagnóstico de salud, una guía de integración del protocolo del diagnóstico de salud y otra para integrar el reporte final.

La secuencia de actividades de campo incluyó que en cada sede los estudiantes identificaran y construyeran la particularidad de la propuesta a desarrollar y esta protocolización fue presentada en cada unidad de servicios a los responsables de los mismos y posteriormente en una reunión plenaria en el auditorio de la Unidad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, donde acudieron las autoridades involucradas. Una vez aprobadas las propuestas, estas fueron desarrolladas, con el apoyo teórico y técnico de los profesores del Instituto de Salud Pública.

Cercano a la finalización y como una actividad fundamental se presentaron los resultados en cada una de las sedes. El propósito fue retroalimentar el proceso y un rendimiento de cuentas de lo realizado y de los apoyos recibidos. Para concluir, los resultados definitivos fueron presentados en una sesión conjunta realizada el 7 de febrero del año 2006, en el Auditorio de la Unidad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.

En resumen, entre los productos que se generaron en este módulo se tienen: once diagnósticos de salud, treinta y tres presentaciones académicas y los once reportes de los diagnósticos de salud que integran esta memoria. Lo cual da cuenta, del cumplimiento del objetivo y metas planteadas, en forma escrita de las competencias desarrolladas y la divulgación, tanto del proceso como del trabajo científico realizado por los estudiantes de la maestría en salud pública, en los primeros momentos de su formación. Sin duda es un valioso instrumento que permitirá retroalimentar el desarrollo de este módulo en la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana, ya que será fundamental que quien lo desee envíe sus comentarios de los encontrados en el documento y entonces se constituirá en un instrumento para la toma de decisiones a la mejoría del objetivo de formar profesionales de la salud pública cada día con mayor sustento para el desempeño de su práctica profesional cotidiana.

Con la intención de que los lectores tengan una idea más precisa del proceso que culmina con la publicación de esta memoria se incorpora el programa del Módulo Salud Pública I. Lo cual seguramente será un elemento de utilidad para realizar una evaluación global de los resultados presentados.

Es importante mencionar que los trabajos que aquí se presentan no fueron modificados en su fondo, y se presentan tal y como fueron entregados por los estudiantes para su evaluación final. La idea es crear un sustrato de evaluación permanente a futuros momentos en el desarrollo de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Agradecimientos

A las autoridades y trabajadores de los Servicios de Salud de Veracruz, del Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado en Veracruz, de la Universidad Veracruzana y especialmente del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, ya que un trabajo de tal magnitud es resultado sólo de la colaboración, vinculación y decisión de todos los involucrados. De manera particular a la valiosa participación de los profesores titulares y adjuntos de las diferentes unidades que compusieron el Módulo Salud Pública 1 en la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana generación 2005-2007.

Mauricio Fidel Mendoza González
Coordinador del Módulo

PROGRAMA DEL MÓDULO: SALUD PÚBLICA I

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA

PROGRAMA DE ESTUDIO: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MÓDULO: SALUD PÚBLICA 1

**CARACTERÍSTICAS DE MÓDULO: TEÓRICO- PRÁCTICO
OBLIGATORIO**

SEMESTRE: PRIMERO

HORAS TEÓRICAS: 75

HORAS PRÁCTICA: 240

CRÉDITOS TEORÍA: 10

CRÉDITOS PRÁCTICA: 16

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN:

Roberto Zenteno Cuevas,
Mauricio Fidel Mendoza González,
Elsa Ladrón De Guevara Morales,
Dulce María Cinta Loaiza.

COORDINADOR DEL MÓDULO:

Mauricio Fidel Mendoza González

PROFESORES TITULARES:

Roberto Zenteno Cuevas,
Mauricio Fidel Mendoza González,
Elsa Ladrón De Guevara Morales,
Dulce María Cinta Loaiza.

PROFESORES ADJUNTOS:

Edna Cortés Ramírez,
Montserrat Cardeña Bozziere,
Héctor Vivanco Cid,
María Cristina Ortiz León.

FECHA DE ELABORACIÓN: 8 DE JULIO DE 2005

JUSTIFICACIÓN

El propósito clave de la salud pública de que se partió para elaborar el plan de estudios de la maestría en Salud Pública fue:

- Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario.

Para lograr este propósito se establecieron varias funciones clave, entre las que se tiene:

- Identificar, analizar y evaluar la situación de salud e inequidades de una población en un marco de participación social y promoción de la salud

A la función clave enunciada le corresponden, entre otras, las siguientes competencias:

- 1.1. Identificar y analizar los principales problemas de salud-enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes, desde una perspectiva integral y de promoción de una cultura para la vida y la salud.
- 1.2. Analizar e interpretar las desigualdades geo-territoriales, étnico-culturales y económico-sociales en la distribución de la salud-enfermedad.

El módulo de Salud Pública I integra los elementos de aprendizaje necesarios para que los alumnos adquieran las competencias enunciadas.

Pre requisitos de módulos antecedentes:

No tiene

Vinculación con módulos horizontales:

Gestión del Conocimiento I

Objetivo General

Que los alumnos al concluir el Módulo sean capaces de:

- Identificar y analizar los principales problemas de salud-enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes.
- Analizar e interpretar las desigualdades geo-territoriales, étnico-culturales y económico-sociales en la distribución de la salud-enfermedad.

Metodología de Enseñanza Aprendizaje

Para el logro de los objetivos planteados, los alumnos realizarán un diagnóstico de salud (a partir de las contribuciones, entre otras, de la epidemiología, la demografía, la sociología y la economía) de la población que corresponda al servicio de salud al que estén incorporados durante este semestre. Se busca que los alumnos se enfrenten a una necesidad concreta derivada del quehacer cotidiano en los servicios de salud y

que a partir de ese punto emprendan la búsqueda de información que les permita enfrentarse a dicha necesidad. Se facilitan las condiciones para que se den aprendizajes significativos, esto es, que los alumnos vinculen en todo momento la información con una realidad concreta.

Papel del docente

Orientar, impulsar y facilitar la búsqueda de información de los alumnos; así como su utilización en la resolución de los problemas y de las necesidades a los que se enfrenta de manera cotidiana.

Unidad I INTRODUCCIÓN

Responsable: Mauricio Fidel Mendoza González

Adjunto: Montserrat Cardeña Bozziere

Duración: 1 semana

Horas teóricas: 4

Horas prácticas: 0

Núm. de Sesión / semana	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y Auxiliares Didácticas	Bibliografía Básica	Evaluación
1 / 1	Encuadre del curso	Conocer y discutir los elementos básicos para la integración del concepto actual de salud pública, desde una perspectiva integral y necesaria para la elaboración de un diagnóstico de salud.	Lecturas básicas Presentación y discusión grupal de temas.	1	Control de lecturas (40%)
2 / 1	La salud y sus determinantes.			2	
3 / 1	Salud enfermedad / historia natural de la enfermedad.			3	Discusión y debate en base a lecturas seleccionadas (35%).
4 / 1	El diagnóstico de salud				Competencias transversales (25%)

Bibliografía Básica

1. PIÉDROLA, Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Edit. MASSON. España, 2001. Capítulo 1.
2. DEVER, Alan. Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud (Serie PALTEX). 1991.
3. MENDOZA-GONZÁLEZ, Mauricio F. Diagnóstico de salud. Monografía. 2005.

Unidad II BASES DEMOGRÁFICAS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Responsable: Mauricio Fidel Mendoza González

Adjunto: Montserrat Cardeña Bozziere

Duración: 4 semanas

Horas teóricas: 16

Horas prácticas: 40

Núm. de Sesión	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y Auxiliares Didácticas	Bibliografía básica	Evaluación
1 / 2	Sesión de integración	Conocer y utilizar los principios básicos de la demografía aplicada a la salud pública para la integración de un diagnóstico de salud.	Lecturas básicas Presentación y discusión grupal de temas.	1 2	Control de lecturas (20%)
2 / 2	Indicadores sanitarios / CIE 10 ^a .				
3 / 2	Indicadores negativos del nivel de salud. APVP				
4 / 2	Sesión de integración				
5 / 3	Reunión de integración.				
6 / 3	Indicadores de los factores condicionantes.				
7 / 3	Distribución poblacional vs. Dinámica poblacional. Pirámides poblacionales				
8 / 3	Sesión de integración				
9 / 4	Natalidad / Fecundidad.				
10 / 4	Actividad de integración.				
11 / 4	Crecimiento social / natural. Envejecimiento poblacional / Dependencia				
12 / 4	Sesión de integración				
13 / 5	Epi dat.				
14 / 5	Epi dat				
15 / 5	Epi dat				
16 / 5	Epi dat				
					Diagnóstico demográfico de la población de influencia de la unidad a la que está adscrito (55%) Competencias transversales (25%)

Bibliografía Básica

1. Antología

2. Mendoza González, Ortiz León C. Bases de Aplicación Demográfica para el Diagnóstico de Salud. 2005.

Unidad III BASES EPIDEMIOLÓGICAS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Responsable: Mauricio Fidel Mendoza González

Adjunto: Montserrat Cardeña Bozziere

Duración: 4 semanas

Horas teóricas: 16

Horas prácticas: 40

Núm. de Sesión	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y Auxiliares Didácticas	Bibliografía básica	Evaluación
1 / 6	Sesión de integración	Conocer y utilizar los principios básicos de la epidemiología para la integración de un diagnóstico de salud.	Lecturas básicas Presentación y discusión grupal de temas.	1	Control de lecturas (20%)
2 / 6	Contexto histórico, origen y evaluación.			2	
3 / 6	Definición y campo de acción de la epidemiología.			3	Diagnóstico epidemiológico de la población de influencia de la unidad a la que está adscrito (55%)
4 / 6	Sesión de integración			4	
5 / 7	Dinámicas de la transmisión de las enfermedades			5	
6 / 7	Medidas de ocurrencia de las enfermedades (Morbilidad).			6	
7 / 7	Medidas de ocurrencia de las enfermedades (Mortalidad).			7	
8 / 7	Sesión de integración			8	
	SEMANA 8 (Nota al fin del cuadro)			9	
9 / 9	Modelo general de causalidad / Inferencia causal en epidemiología.			Competencias transversales (25%)	
10 / 9	Estrategias de diseño para la investigación epidemiológica.				
11 / 9	Ejercicio de priorización del daño.				
12 / 9	Sesión de integración				
13 / 10	Sistemas de información en salud pública (conceptos epidemiológicos).				
14 / 10	Sesión de integración				

15 / 10	Sesión de integración				
16 / 10	Sesión de integración				

Nota: Durante la semana 8 se realizará la presentación de productos de la primera fase de trabajo de campo que corresponde a la planeación del diagnóstico de salud.

Bibliografía básica

1. LÓPEZ-MORENO S. GARRIDO-LATORRE F. HERNÁNDEZ-AVILA M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México / Vol. 42, No.2, marzo-abril de 2000.
2. JORGE D. LEMUS, CLOVIS H. TIGRE, PATRICIA L. RUIZ, NORBERTO DACHA. Manual de vigilancia epidemiológica. OPS / OMS / Fundación W.K. Kellogg, 1996. P.p. 1-9.
3. GORDIS, LEON. Epidemiology. WB Saunders Company. 2002. Cap. 2.
4. GORDIS, LEON. Epidemiology. WB Saunders Company. 2002. Cap. 3.
5. PIÉDROLA, GIL. Medicina Preventiva y Salud Pública. Edit. MASSON. España, 2001. Cap. 5.
7. ROTHMAN, KENETH. GRENLAD Sander. Modern Epidemiology. Lippincott Williams and Wilkins Publishers. 1998. Cap. 2.
8. HERNÁNDEZ-ÁVILA M. GARRIDO-LATORRE F. López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México / Vol.42, no.2, marzo-abril 2000.
9. MENDOZA GONZÁLEZ, MAURICIO. Monografía. 2005

Unidad IV. BASES BIOLÓGICAS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Responsable: Roberto Zenteno Cuevas

Adjunto: Héctor Vivanco Cid

Duración: 4 Semanas

Horas Teóricas: 16

Horas Prácticas: 40

Núm. de sesión	Tema	Objetivo específico	Técnicas y Auxiliares Didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1 / 11	Introducción a la temática	Identificarán el desarrollo histórico del proceso salud-enfermedad y generalidades de la unidad.	Lecturas comentadas y círculos de lecturas. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión	1	
2 / 11 3 / 11	Biomoléculas	Identificar los componentes básicos precursores de los sistemas biológicos y sus interacciones: DNA, RNA, AA, Proteínas, Carbohidratos	Lecturas comentadas y círculos de lecturas. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión	2	
4 / 11	Organización	Identificarán las	Lecturas comentadas y	3	

5 / 12	micro y macromolecular	características, los componentes básicos y su impacto en la salud de los Priones, virus Bacterias, hongos y parásitos	círculos de lecturas. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión		
6 / 12 7 / 12	Interacciones celulares	El alumno Identificará los mecanismos que condicionan o desencadenan la interacción parásito-huésped, el proceso infeccioso y el proceso cancerosos	Lecturas comentadas y círculos de lecturas. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión	4	
8 / 12 9 / 13	Interacciones sistémicas	El estudiante identificará los mecanismos de respuesta ante el proceso infeccioso y canceroso o neoplasias, y los componentes básicos del sistema inmunológico, Identificará los fundamentos de las vacunas, las nuevas tecnologías en su desarrollo y los mecanismos de evasión de los agentes infecciosos o células cancerosas.	Lecturas comentadas y círculos de lecturas. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión	5	
10 / 13 11 / 13	El diagnóstico dentro del contexto salud-enfermedad.	-Los alumnos identificarán la importancia del diagnóstico dentro del proceso salud-enfermedad. -Identificarán conceptos históricos, su situación actual y sus futuras implicaciones	Lecturas comentadas y círculos de lecturas. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en la unidad.	6	
12 / 13	Sesión de integración.		El profesor dará una síntesis integradora de la unidad.		

Evaluación y acreditación:

Asistencia al 80% de las sesiones

A través de la discusión y participación grupal.
Las lecturas serán obligatorias:

Bibliografía básica

1. Vega Franco L., (2000). La salud en el contexto de la nueva salud pública. Manual moderno- Facultad de Medicina UNAM.
2. Curso de bioquímica en línea Hipertextos <http://www.biologia.edu.ar/macromoleculas/adn.htm>
3. Lehninger, A.L., Nelson, D.L. y Cox, M.M. (1993). Principios de Bioquímica. 2a ed. Ed. Omega, Barcelona. Voet, D. y Voet, J. (1990). Biochemistry. John Wiley & Sons, N.Y. Alberts, B. et al. (1989). Molecular biology of the cell. 2a.Ed. Garland, N.Y.
4. Alberts, B. et al. (1989). Molecular biology of the cell. 2a.Ed. Garland, N.Y.
5. ABBAS, A.K., LICHTMAN, A.H., POBER, J.S: (1999). Inmunología celular y molecular (Tercera edición). Madrid: Ed. Interamericana-McGraw Hill. ROITT, I. (1998). Inmunología. Fundamentos (Novena edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
6. Vega Franco L., (2000). La salud en el contexto de la nueva salud publica. Manual moderno- Fac. Medicina UNAM.

Unidad V BASES SOCIOLÓGICAS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD
Responsables: Dulce Ma. Cinta Loaiza; Edna Iveth Cortés Ramírez
Duración: 4 semanas
Horas teóricas: 16
Horas prácticas: 40

No. de Sesión	Tema	Objetivo Especifico	Técnicas y Auxiliares Didácticas	Bibliografía básica	Evaluación
1 / 14	Encuadre de la unidad	Establecer alcances y organizar grupos de trabajo	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
2 / 14	Ubicación de lo social en el pensamiento científico	Posicionar históricamente lo social	Lecturas básicas Discusión de Grupo	1	Control de lectura Guía de observación de la discusión y debate
3 / 14	Posiciones sociológicas aplicadas en Salud Pública	Introducir, la interpretación de la Salud Pública con un enfoque social.	Lecturas básicas Discusión de Grupo	2 3	Control de lectura Guía de observación de la discusión y debate
4 / 14	Sesión de integración de 2 y 3		Lecturas básicas Discusión de Grupo	4	Presentación grupal
5 / 15	Dimensión cultural en las prácticas relativas a la salud	Reflexionar sobre la forma de actuar de la cultura, en la Salud Pública	Lecturas básicas Discusión de Grupo	5	Control de lectura Guía de observación de la discusión y debate

6 / 15	Continuación de sesión 4				Control de lectura Guía de observación de la discusión y debate
7 / 15	Sesión de integración de 4 y 5		Exposición grupal Discusión		Presentación grupal
8 / 15	Delimitar el marco de la estructura organizacional de la sociedad	Identificar la estructura social a nivel de grupo, organización y sociedad	Lecturas básicas Discusión de Grupo	6	Control de lectura Guía de observación de la discusión y debate
9 / 16	La comunidad base de la interacción social	Identificar la importancia de la comunidad en la salud colectiva	Lecturas básicas Discusión de Grupo	7	Control de lectura Guía de observación de la discusión y debate
10 / 16	Sesión de Integración de 7 y 8		Exposición grupal Discusión		Presentación grupal
11 / 16	Importancia del modo de vida y estilos de vida en el proceso salud/enfermedad	Identificar el impacto de las formas de vida en la calidad de la salud	Lecturas básicas Discusión de Grupo	8	Control de lectura Guía de observación de la discusión y debate
12 / 16 a 16 / 17	Sesiones de integración				

Bibliografía básica

1. Collins, Randall (1995). Cuatro tradiciones sociológicas. México, UAM, pp. 3-50
2. López Arellano, Oliva y José Blanco Gil (1994). Modelos sociomédicos en Salud Pública: Coincidencias y Desencuentros. México, Salud Pública de México, Julio-Agosto, Vol. 36 N° 4. pp. 374-384
3. Donati, Pierpolo (1994). Manual de sociología de la salud. Madrid, Ediciones Díaz Santos pp. 3-30
4. Di Incola (1994) pp. 33-47
5. Lara y Mateos, Rosa (1994). Medicina y cultura. México, Plaza y Valdés pp. pp. 79-113 113-130, 139-157
6. Méndez (1991) pp. 73-99
7. Sanders, Irwin (1998). "La salud en la comunidad" en E. Freeman. Manual de sociología médica. México, F.C.E., pp. 552-575
8. Yoder, Scott D. (2002) Individual Responsibility for Health: decision, not discovery. Hastings Center Report. Vol. 32. pp. 1-21
9. Wikler, Daniel (2002) Personal and social responsibility for health. Ethics and International Affairs. Vol. 16.

Unidad VI BASES ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Responsable: Elsa Ladrón de Guevara Morales

Adjunto: Leoncio Ibarra Zannatha

Duración: 4 semanas

Horas teóricas: 16

Horas prácticas: 40

Núm. de Sesión	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y Auxiliares Didácticas	Bibliografía básica	Evaluación
1/18	Relaciones entre economía y salud	-Identificar las principales relaciones entre la economía y la salud	Exposición y discusión dirigida	1	Control de lecturas
2/18	Relaciones entre economía y salud		Exposición y discusión dirigida	2	Control de lecturas
3/18	Estructura Económica de la población	-Identificar e interpretar las principales variables que dan cuenta de la organización económica de una sociedad. -Adquirir la aptitud para identificar y manipular las fuentes de información económica	Exposición y discusión dirigida	3	Control de lecturas
4/18	Estructura Económica de la población		Exposición y discusión dirigida		Control de lecturas
5/19	Estructura Económica de la población		Exposición y discusión dirigida		Control de lecturas
6/19	Sesión de integración			4	
7/19	Recursos para la salud	Conocer el manejo de los recursos para la salud en un diagnóstico de salud	Exposición y discusión dirigida	5	Control de lecturas
8/19	Recursos para la salud		Exposición y discusión dirigida		Control de lecturas
9/20	Sesión de integración			6	
10/20	Inequidad y salud	Conocer y analizar el origen de la inequidad en salud. Adquirir las herramientas para establecer mediciones de inequidad en salud	Exposición y discusión dirigida	7	Control de lecturas
	Inequidad y salud		Exposición y discusión dirigida	8	Control de lecturas
11/20	Integración y evaluación				Examen
12/20 a 16/21	Sesiones de integración				

Práctica: Diagnóstico económico de la población de influencia de la unidad a la que está adscrito

Bibliografía básica

1. Ladrón de G, E. Economía y Salud. Xalapa Ver. Mimio. 2005
2. Ladrón de G, E. Estructura Económica. Xalapa Ver. Mimio. 2005
3. INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda. México INEGI 2000
4. Ladrón de G, E. Recursos para la Salud. Xalapa Ver. Mimio. 2005
5. Lincon, CH y Berlinger, G. Equidad en salud en un mundo que marcha hacia la globalización en OPS. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington DC 2001.
6. OPS. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Cap IV. WDC 2001.
7. CONAPO. Índices de marginación municipales. México. CONAPO 2000
<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/marg2000/005.htm>
8. Porto, S:M: Equidad y distribución geográfica de los recursos financieros en los sistemas de salud. Cad. Saude Pública. Río de Janeiro., 18 (4):939-957, jul-ago 2002

Unidad VII INTEGRACIÓN Y EVALUACIÓN
Responsable: Coordinador del Módulo
Duración: 1 semana
Horas teóricas: 4
Horas prácticas: 0

Núm. De sesión	Tema	Objetivo Especifico	Técnicas y Auxiliares Didácticas	Bibliografía básica	Evaluación
1 / 22 a 4 / 22	Sesiones de integración	Integración del diagnóstico de salud	Presentación y discusión grupal	No aplica	Diagnóstico de salud de la población de influencia de la unidad a la que está adscrito el alumno (100%)

Unidad VIII PRÁCTICA INTEGRAL DE CAMPO
Responsables: Profesores del Módulo
Duración: 22 semanas
Horas prácticas: 255 totales (2.5 horas a la semana / 22 semanas)

La practica integral del módulo Salud Pública I, tiene como objetivo que el alumno desarrolle una actividad en servicio, en la unidad de salud de adscripción que le haya sido asignada para ello y que al paso de su estancia logre la integración de un diagnóstico de salud del universo de responsabilidad de la misma.

En este sentido, será importante considerar en este momento una idea conceptual base para esta actividad, la cual parte de una definición global, que considera el diagnóstico de salud como un ejercicio en salud pública que permite recolectar, procesar, almacenar y analizar la información necesaria para tener una visión real de la situación de salud de una comunidad, así como de aquellos factores que modifican o alteran el proceso salud-enfermedad de una comunidad. Que incluye la identificación de los recursos disponibles para resolver o controlar las problemáticas y plantear las alternativas de solución a las situaciones encontradas.

El diagnóstico de salud se constituye en un proceso de investigación permanente, de interpretación y análisis de la situación de salud de la población, que lleva a la definición de requerimientos y a la acción para

contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales, de tal manera que permita mejorar las condiciones de salud de una población.

Es un ejercicio que no se elabora exclusivamente como apoyo al accionar de los servicios de salud, sino que debe permitir la integración de las percepciones comunitarias, lo que implica la discusión y construcción a partir de la participación de sectores (salud, educativo, económico, etc.) y grupos sociales de la comunidad, interesados en el bien común de la salud individual y colectiva.

Las fases para el desarrollo del diagnóstico de salud implican, un proceso que incluye la planeación, la ejecución, la evaluación, la integración del diagnóstico propiamente dicho, la priorización de los eventos en salud a atender y la formulación de intervenciones.

Por otro lado, se cuenta con parámetros base que permiten su integración y que a grosso modo se componen por: a) la delimitación geopolítica; b) la integración del perfil poblacional; c) la determinación de los daños a la salud, especialmente a partir de indicadores de morbilidad y mortalidad y en algunos casos incluye la evaluación de encuestas que determinen la morbilidad sentida; d) la priorización de daños a partir de criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad o de problemas de salud; e) la explicación de los daños priorizados desde una perspectiva integral (biológica, económica, social, etc.); f) la evaluación de los recursos para la salud, y g) el esbozo de criterios de intervención.

Esta actividad se verá lógicamente complementada con las acciones que se realicen y las competencias que se adquieran en forma horizontal en el Módulo Gestión del Conocimiento I, por tal razón, en campo, este espacio será un elemento de integralidad para la construcción del diagnóstico de salud.

Se espera que desde los primeros momentos el alumno se vea involucrado en una actividad conjunta de ambos módulos, que se desarrolle en una unidad de salud de primer contacto (primer nivel de atención), se involucre en su dinámica de trabajo e inicie las observaciones para el objetivo final. Durante 22 semanas de trabajo práctico permanecerá diariamente durante cinco horas en dicha unidad de salud (2.5 horas / 2.5 horas) lo cual le permitirá ir incorporando todos estos elementos planteados para la construcción del diagnóstico de salud.

Calendario de prácticas por semana

Unidad	Semana	Actividad programada según sitio de desarrollo	Horas
Unidad I	No aplica	No aplica	No aplica
Unidad II	1	Unidad de salud	2.5
	2	Unidad de salud	2.5
	3	Dependencia de salud	2.5
	4	Dependencia pública	2.5
Unidad III	1	Unidad de salud	2.5
	2	Unidad de salud	2.5
	3	Campo	2.5
	4	Unidad de salud	2.5
Unidad IV	1	Unidad de salud	2.5
	2	Laboratorio de Ecología y salud	2.5
	3	Campo	2.5
	4	Unidad de salud	2.5
Unidad V	1	Unidad de salud	2.5
	2	Campo	2.5

	3	Campo	2.5
	4	Unidad de salud	2.5
Unidad VI	1	Unidad de salud	2.5
	2	Campo	2.5
	3	Campo	2.5
	4	Unidad de salud	2.5
Unidad VII	No aplica	No aplica	No aplica

Criterios de evaluación general

- Informe semanal del trabajo realizado en la sede, con el Bo. Vo. del profesor correspondiente (30%).
- Calificación individual de los módulos (30%)
- Presentación oral y/o escrita del diagnóstico de salud (40%)

Nota: Recuerde que en todo los casos se consideró la evaluación de las competencias transversales (25% del total de la calificación).

Criterios de evaluación de las unidades

En caso de que no se explicita en las unidades se aplicará el siguiente criterio:

- Control de lecturas (25%)
- Presentación escrita de trabajos finales (25%)
- Presentación oral de trabajos finales (25%)
- Examen final (25%)

Acreditación

- Asistencia mínima de 80% a las actividades académicas en servicio y en aula
- Calificación mínima de 70 (escala 0 - 100) en cada una de las unidades
- Calificación final mínima de 70.

Actividades de participación académica

El trabajo realizado en este módulo (Diagnóstico de salud) puede dar créditos, correspondientes a las actividades de participación académica, si se presenta en foros científico-académicos (fuera de las exposiciones obligatorias en el Instituto y en la sede donde se realizó) o si se adecuan para su publicación, parcial o total, en algún medio científico o de divulgación (con excepción hecha de las *memorias* del curso correspondiente).

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD MIGUEL ALEMÁN

Mónica Carrasco Gómez, Claudia Patricia Laguna Martínez, Ricardo Zamudio Vega

INTRODUCCIÓN

El presente ejercicio de análisis de la situación de salud poblacional se llevó a cabo en el área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán, para la realización de dicho trabajo se tomaron en cuenta los once núcleos básicos que conforman el Centro de Salud. Es un análisis de tipo transversal ya que se realizó en el periodo de diciembre 2005 a enero 2006. Los resultados obtenidos nos permitieron identificar los principales factores de riesgo de la salud de la población del área de responsabilidad de este centro y así poder enfocar y dirigir las acciones en salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de salud constituye una de las principales etapas en la planificación de los servicios de salud en una comunidad. Partiendo de esta premisa se puede decir que es importante tener en cuenta cuales son los elementos sociales, ambientales, demográficos, económicos entre otros para saber cómo es el proceso salud-enfermedad en el área de influencia de cada centro de salud.

Específicamente, en el Centro de Salud Miguel Alemán perteneciente a la Jurisdicción No. V de Xalapa, Veracruz; el diagnóstico de salud empezó a ser realizado en el año 2000 cuando se incorporó a los Servicios de Salud de Veracruz, porque anteriormente era parte del DIF Estatal. Fue en ese momento cuando se empieza a realizar la labor de recolección de información para obtener un diagnóstico de salud. Para recabar la información se utilizaron cédulas de micro diagnóstico y se fue encuestando a toda la población del área de influencia. Este trabajo de recolección fue realizado por parte de los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales del Centro de Salud.

Sin embargo no se pudo concretizar debido a que la información recolectada fue repartida a los núcleos para que cada médico hiciera el diagnóstico de su núcleo. De esta manera solamente se realizaron en dos núcleos de forma parcial y por estudiantes de enfermería.

Ante esta situación, fue necesario realizar un diagnóstico de salud que abarcara toda la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán en el cual se buscó identificar los factores sociales, económicos, demográficos que ponen en riesgo a la población y de esta manera priorizar las acciones de prevención de los principales daños a la salud.

MARCO TEÓRICO

Antes de empezar la realización de un diagnóstico de salud, debemos tener en cuenta que se entiende por salud, y cuales son sus determinantes, así tenemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud hace poco más de 50 años como: "el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez" (Vega-Franco L).

En 1946, Sigerist señalaba que las cuatro tareas principales de la medicina eran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y su rehabilitación (OPS, 2001).

En 1974 aparece el informe Lalonde, Canadá, el cual sostiene que las condiciones ambientales y los estilos de vida eran más importantes para la salud que la asistencia médica; sin embargo, los recursos existentes se

dirigían a la asistencia médica y no a los cambios en los determinantes. En dicho informe se señaló que el nivel de salud de una población está relacionado con los denominados factores determinantes de la salud: factores biológicos, entorno social, estilos de vida y servicios sanitarios.

De esta manera es necesario el conocimiento de dichos factores los cuales deben de coincidir en un diagnóstico de salud. Entonces cabe preguntarse ¿Qué es un diagnóstico de salud? y entre las múltiples descripciones que pudiesen existir tenemos que por diagnóstico de salud se entiende como "el proceso sistemático y periódico a través del cual pretendemos conocer la situación de salud de una comunidad, este conocimiento lo conseguimos a través de la información que identifique los factores, problemas y necesidades que condicionan y afectan la salud de una comunidad" (Núñez A y cols.).

Con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de las personas, el diagnóstico de salud que se elaboró incorporó diferentes elementos que fueron determinantes en la relación al binomio salud-enfermedad. En el análisis se involucraron variables ambientales e institucionales que más influencia pueden tener sobre la comunidad y que afecten su desarrollo.

Entre los objetivos básicos que debe cumplir un diagnóstico se agrupan once:

1. Orientado más hacia la salud que a la enfermedad.
2. Se desarrolle como un instrumento de participación e intervención comunitaria.
3. Detecte los problemas y las necesidades de salud sentidas por la comunidad, incluídas las de las minorías étnicas.
4. Detecte las desigualdades en salud existentes.
5. Establezca grupos de trabajo y contenidos intersectoriales.
6. Priorice los problemas de salud detectados.
7. Propicie debates de salud en la ciudad.
8. Aliente un carácter dinámico y continuo.
9. Concluya con un informe que adopte diversas formas, según sean los destinatarios. Incluyendo conclusiones claras y recomendaciones precisas y factibles.
10. Implique a los medios de comunicación oficiales y comunitarios.

Posibilite la continuidad mediante la realización posterior de informes anuales de salud (Núñez y cols).

De acuerdo al tipo de diagnóstico existente, se encontró la siguiente división:

Por el tipo de área que estudia un diagnóstico se divide en local, regional y estatal.

Por el tipo de población que busca cubrir se dividen en grupo de edad, grupo de riesgo y población general. Por las enfermedades a estudiar pueden ser transmisibles, no transmisibles y ambas (García J).

El diagnóstico que elaboramos siguió en la medida que se pudo todos estos lineamientos, haciendo énfasis en la identificación de daños a la salud y de estilos de vida que influyen sobre el proceso salud-enfermedad, con el fin de que el personal sanitario conozca y actúe en la modificación de los factores que determinan la salud - enfermedad.

OBJETIVO

Caracterizar la situación de salud del Centro de Salud Miguel Alemán, para definir, prevenir y enfrentar los principales problemas de salud que afectan a la población del área de influencia del mismo.

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación del diagnóstico de salud

Teniendo en cuenta que los problemas de salud que se manifiestan en el Centro de Salud abarcan un gran rubro de enfermedades, hubo la necesidad de priorizar las mismas. Por lo cual se hizo un ejercicio en el que se tomó en cuenta la magnitud del problema registrado del 2000 al 2004 incluyendo morbilidad y mortalidad por su incidencia y trascendencia social. De esta manera se enlistaron por año y causa, se agruparon en cuatro rubros enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y otras patologías no clasificadas, se realizó la identificación de quince problemas que de alguna u otra forma permanecieron en los tres últimos años, confrontando las mismas con la mortalidad municipal ya que a nivel Centro de salud no existen registros de mortalidad del área de influencia. Con base a esas quince patologías se establecieron factores de riesgo para cada una de ellas agrupando en factores de riesgo generales, factores de riesgo conductuales y factores de riesgo intermedios, lo cual nos llevó a integrar factores de riesgo comunes a todas ellas, estos últimos se integraron al diagnóstico de salud estándar construido por los alumnos de la maestría en Salud Pública (Anexo 1). El instrumento que se utilizó fue un cuestionario basado en la cédula de micro diagnóstico y otras variables priorizadas.

Tabla 1. Definición operacional de las variables

Las variables incluidas para este diagnóstico serán:

Variable	Definición conceptual	Tipo de Variable	Definición operacional	Escala de medición	Criterios de riesgo
Clima	Conjunto de fenómenos meteorológicos que caracterizan el estado atmosférico y su evolución en un lugar determinado	Cuantitativa	Se obtendrá según el reporte de la CEAS	Ordinal	IRAS, Otitis.
Vías de comunicación	Acceso con los que cuenta la población en decir calles, transporte, avenidas	Cualitativa	Carreteras, avenidas, transporte	Nominal	Cualquier enfermedad por la accesibilidad a Centros de Atención médica
Control de las condiciones sanitarias del agua para su ingesta	Calidad del agua para su ingesta	Cualitativa	Se incluirá si el agua es Hervida, clorada, filtrada, embotellada, potable, cruda	Nominal	Enfermedades Intestinales
Disposición de basura	El tipo de servicios se utilizan para la recolección y eliminación o tratamiento de la basura.		Servicio público recolector, la queman o entierran	Nominal	Enfermedades intestinales
Higiene de alimentos	Se refiere a las condiciones y hábitos que preservan la calidad de los alimentos para evitar su contaminación y las enfermedades a causa de intoxicación alimentaria.	Cualitativa	Lava y desinfecta frutas y verduras, se ingieren	Nominal	Enfermedades intestinales
Eliminación de excretas	En un escenario urbano, se define como acceso	Cuantitativa	Drenaje, letrina y/o fosa séptica	Nominal	Enfermedades intestinales

	directo a través de conexión domiciliaria a sistemas públicos de alcantarillado y/o a través de tanque séptico o letrina como sistemas individuales para la disposición de excretas. OPS				
Distribución de la población por grupo de edad	Edad: Periodo comprendido entre la fecha de nacimiento y la fecha de último cumpleaños	Cuantitativa	Edad al momento de levantamiento de la encuesta	Intervalar	IRAS, EDAS, CaCu accidentes
Distribución de la población por sexo	Sexo. Condición biológica que define a la persona en hombre y mujer	Cualitativa	Se preguntará al informante cual es el sexo de cada miembro de la familia que habita en la casa.	Nominal dicotómica	CaCu, VPH, displasias, ITS
Tasa de envejecimiento	Se obtiene dividiendo el total de la población de 65 y más años entre el total poblacional de los menores de 15 años	Cualitativa	Se obtiene dividiendo el total de la población de 65 y más años entre el total poblacional de los menores de 15 años	Ordinal	Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial
Estado civil	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de familia y que hace referencia a la calidad de soltero (a), casado (a), unión libre, viudo (a), separado (a), divorciado(a).	Cualitativa	Estado civil de cada miembro de la familia que habite en la casa encuestada y se clasificarán en soltero (a), casado (a), unión libre, viudo (a), separado (a), divorciado(a).	Nominal	Violencia
Inmigración	Entrada en un nuevo lugar o en un nuevo país para establecerse.	Cualitativa	Situación de entrada por establecimiento mencionado por la persona.	Nominal	Riesgo de violencia, Enfermedades diarreicas, IRAS, por carencia de servicios
Emigración	Salida para otro lugar u otro país de la población	Cualitativa	Situación de salida mencionada por la persona	Nominal	Violencia, adicciones por desintegración familiar
Tasa Bruta de Mortalidad	Número de defunciones por cada 1000 habitantes en un año determinado	Cuantitativa	Datos obtenidos de INEGI	Ordinal	Conocer el riesgo de morir

Tasa de mortalidad por causas	Es una tasa de mortalidad que indica el número de muertes atribuibles a una causa específica por 100,000 habitantes en un determinado año.	Cuantitativa	Datos obtenidos de INEGI	Ordinal	Riesgo de morir por causa específica
Tasa de mortalidad por sexo	Se obtiene dividiendo el número de defunciones ocurridas a personas para un determinado sexo entre la población total de ese mismo grupo de edad.	Cuantitativa	Datos obtenidos de INEGI	Ordinal	Riesgo de morir por sexo
Tasa de mortalidad por edad	Se obtiene dividiendo el número de defunciones ocurridas a personas en un determinado grupo de edad entre la población total de ese mismo grupo de edad.	Cuantitativa	Datos obtenidos de INEGI	Ordinal	Riesgo de morir por grupo de edad
Tasa de mortalidad materna	Número de defunciones asignadas a causas relativas al embarazo entre número de nacimientos con vida registrados en un período de tiempo por 10,000.	Cuantitativa	Datos obtenidos de INEGI	Ordinal	Riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio
Morbilidad general	Número total de casos existentes de enfermedad entre la población total en un momento determinado por 1000.	Cuantitativa	Número de casos existentes de enfermedad entre la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán	Ordinal	Conocer las causas de morbilidad en el área de influencia para encaminar las acciones posteriores
Morbilidad por causa	Número total de casos nuevos de una enfermedad específica entre población expuesta a riesgo	Cuantitativa	Número de casos de enfermedad por causa entre la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán	Ordinal	Reconocer la morbilidad por causa específica
Morbilidad por sexo	Número total de casos nuevos de una enfermedad entre población expuesta a riesgo por sexo en un determinado tiempo por 1000.	Cuantitativa	Número de casos de enfermedad por sexo entre la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán	Ordinal	Reconocer la morbilidad por sexo e identificar los riesgos de enfermedad.

Morbilidad por edad	Número total de casos nuevos de una enfermedad entre población expuesta a riesgo por grupo de edad en un determinado tiempo por 1000.	Cuantitativa	Número de casos de enfermedad por grupo etario entre la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán	Ordinal	Reconocer la morbilidad por edad para la identificación de riesgos
Tasa de incidencia	Potencial instantáneo de cambio en el estado de salud por unidad de tiempo, durante un periodo específico, en relación con el tamaño de la población susceptible en el mismo periodo	Cuantitativa	Número de casos nuevos de enfermedad entre la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán por 100 000 habitantes	Ordinal	Permitirá establecer la ocurrencia de nuevos casos de enfermedad a través del tiempo
Prevalencia	La proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado.	Cuantitativa	La proporción de la población del centro de salud Miguel Alemán que padece la enfermedad en estudio en un momento dado.	Ordinal	Indica la probabilidad de que una persona sea un caso de la enfermedad en estudio en un momento específico
Tipo de familia	Es la clasificación que se hace en relación con el número de personas que integran la familia y sus relaciones de parentesco	Cualitativa	Se obtendrá preguntando el número de personas que viven en la casa	Nominal	IRAS, EDAS, Violencia
Tamaño de la familia	Referente al número de personas que integran una familia	Cuantitativa	En base a la información proporcionada de las personas que habitan en esa casa y su relación de parentesco	Ordinal	IRAS, EDAS,
Alfabeto	Persona que sabe leer y escribir	Cualitativa	Se preguntará si sabe leer y escribir	Nominal	Disminución de riesgo para tratamientos médicos, y accesibilidad a servicios médicos
Analfabeta	Persona que no sabe leer y escribir	Cualitativa	Se preguntará si sabe leer y escribir	Nominal	En toda enfermedad por la dificultad de tratamientos
Escolaridad	Ultimo año de estudios aprobados en el nivel de institución más avanzado	Cualitativa	Se preguntará cuál es el último año de estudios que tuvo la persona	Nominal	A mayor escolaridad, mayor la posibilidad de conocimiento de enfermedades.

Características de la vivienda (techo, muro, piso)	Materiales con los que están construidas las viviendas	Cualitativa	Se preguntará a la persona encuestada las características de construcción de sus viviendas.	Nominal	IRAS, Otitis media
Servicios Públicos	Conjunto de medios destinados a satisfacer necesidades de la comunidad y que están bajo la administración del Estado	Cualitativa	Se preguntara sí cuenta con agua potable, drenaje, luz, calles pavimentadas.	Nominal	Enfermedades diarreicas
Peso Normal	Como el peso promedio de un sector de la población, expresado generalmente en relación a la altura.	Cuantitativo	Se preguntará peso y talla de las personas encuestadas	Nominal	
Desnutrición	Estado patológico inespecífico, sistemático y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo acompañada de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad(leve, moderada y grave)	Cuantitativa	Se preguntará talla y peso y clasificarla	Nominal	IRAS, enfermedades Diarreicas
Sobrepeso	Estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja,	Cuantitativo	Se preguntará peso y talla en las personas encuestadas	Nominal	Diabetes Mellitus, Hipertensión
Obesidad	Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla mayor de 25	Cualitativa	Se preguntará talla y peso para identificar IMC	Intervalo	Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial
Hábitos alimentarios	Consumo de los diferentes grupos alimenticios	Cualitativa	Se preguntará cuantas veces consume verduras, leguminosas, grasa de origen vegetal y animal en la semana, y con que	Nominal	Complicaciones de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Desnutrición, Obesidad

			frecuencia come fuera de casa.		
Sedentarismo	Falta de actividad física	Cualitativa	Se realizará un cuestionario de actividad física	Nominal	Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial
Actividad física	Si se realiza algún ejercicio o deporte por lo menos durante 30 min. ,tres veces por semana.	Cualitativa	Se realizará un cuestionario de actividad física	Nominal	Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus
Tabaquismo (cantidad y frecuencia)	Intoxicación provocada por le consumo de tabaco	Cuantitativa	Se aplicará un cuestionario sobre tabaquismo, tomando en cuenta cantidad y frecuencia	Intervalo	Hipertensión, Diabetes, Adicciones
Alcoholismo (cantidad y frecuencia)	Proceso que queda definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos que general la incapacidad en la ingestión de alcohol un a vez iniciada y la imposibilidad de abstenerse	Cuantitativa	Se aplicará un cuestionario sobre alcoholismo, tomando en cuenta cantidad y frecuencia	Intervalo	Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Violencia, adicción
Población económicamente activa	Población de 12 años y más que en la semana de referencia, se encontraban ocupadas o desocupadas	Cuantitativa	Se preguntará ¿Cuántos miembros de la familia se encuentran ocupados y que sean mayores de 12 años?	Ordinal	Violencia, migración, desnutrición. sedentarismo
Población económica inactiva	Total de personas de 12 años y más que en la semana de referencia no realizaron alguna actividad económica, ni buscaron trabajo	Cuantitativa	Se preguntará ¿Cuántas personas no realizan ninguna actividad económica y que no hayan buscado trabajo?	Ordinal	Violencia migración, sedentarismo, adicciones
Población ocupada	Persona de 12 años y más que realizó alguna actividad económica, al menos una hora, en la semana de referencia, a cambio de un sueldo, salario, jornal u otro tipo de pago en dinero o en especie. Incluye a las personas que tenían trabajo, pero no laboraron en la semana de	Cuantitativa	Se preguntará ¿Cuántos miembros de la familia se encuentran trabajando?	Ordinal	Pobreza como riesgo a diferentes enfermedades, migración, adicciones

	referencia por alguna causa temporal, sin que hayan perdido el vínculo con su trabajo, por: vacaciones, licencia por maternidad, enfermedad, mal tiempo, o porque estaban en espera de iniciar o continuar con las labores agrícolas, etc. Incluye a las personas que ayudaron en el predio, fábrica, tienda o taller de algún familiar sin recibir sueldo o salario de ninguna especie, así como a los aprendices o ayudantes que trabajaron sin remuneración				
Población desocupada	Total de personas de 12 años y más que en la semana de referencia no tenían trabajo, pero lo buscaron activamente	Cuantitativa	Se preguntará ¿Cuántos miembros de la familia no se encuentran trabajando? ¿Quiénes no tienen trabajo pero tampoco lo han buscado?	Ordinal	Violencia, adicciones, hipertensión arterial
Nivel de ingreso familiar mensual	Mide la percepción monetaria mensual de los ocupados en términos de salario mínimo vigente en el trimestre del levantamiento de la encuesta. Se incluye los trabajadores sin pago en el rubro "no recibe ingresos". Para mantener el mismo universo de ocupados se excluyen los iniciadores de un próximo trabajo. Para efectos de este diagnóstico se tomará en cuenta el ingreso total mensual familiar.	Cuantitativa	Preguntar ¿Cuánto se gana está percibiendo mensualmente a nivel familiar?	Ordinal	Con ella podremos caracterizar a la pobreza como riesgo
Población con acceso a servicios de salud, con derecho a seguridad social	Tamaño de la población que tiene acceso a servicios de salud por derechohabencia, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad del año.	Cualitativa	Se preguntará a las personas si cuentan con derecho a seguridad social.	Nominal	Las personas que cuentan con servicios médicos

	IMSS, SSSTE, SEDENA, PEMEX				
Población abierta	Segmento de la población total del país que no es derechohabiente de las instituciones de la seguridad social	Cualitativa	Quiénes son las personas que no cuentan con derecho a seguridad social	Nominal	Conocer la población de riesgo por carencia de servicios médicos que dificulten el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades
Número de núcleos por unidad	Definiendo como núcleo como la asignación de 1 médico y 2 enfermeras por cada 3 000 habitantes.	Cuantitativa	Se obtendrá a través de la información proporcionada por el Centro de Salud Miguel Alemán	Ordinal	A mayor población asignada al centro de Salud sin aumento de recursos humanos, menor calidad y cobertura de atención
Acceso a servicios de salud	Es la distancia que deben recorrer las personas de un área de influencia hacia cualquier unidad de primer nivel para demandar atención médica por medio habitual la cual no debe ser mayor a 60 minutos	Cualitativa	Se preguntará ¿Cuánto tiempo se hace la persona para llegar a una unidad de salud para ser atendida?	Nominal	Entre menos inaccesible un servicio de salud es mayor el riesgo de complicación por falta de atención médica

Tipo de estudio y diseño general

Es un estudio cuantitativo, transversal y único que se realizó con un recurso humano de tres alumnos de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana, tres médicos y cinco enfermeras en sus días asignados a campo.

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión

El universo fue la población total del área de influencia del Centro de Salud Miguel Alemán, de acuerdo al Estudio de Regionalización Operativa.

- Se tomó una muestra probabilística aleatoria estratificada con base al número total de habitantes del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán que según el ERO es de 78,447 habitantes que convertidas a familias fue de 15,689 familias a encuestar. A partir de esta conversión se tomó una muestra con un margen de error de .05 resultando 375 familias. Por lo tanto se hicieron 374 cuestionarios para encuestar a la población. La encuesta fue distribuida en once núcleos básicos. Se realizaron 34 cuestionarios por núcleo y el levantamiento de la información fue de diciembre 2005 a enero 2006.

$$n = \frac{Npq}{(n-1)D + pq}$$

En donde N= Número total de población

D= Margen de error

$D = B2 / Z \alpha 1^2 / 2$

n= Muestra

p= Riesgo de algún daño a la salud en la población del área determinada

q= Proporción de personas que pueden ser afectadas por alguna enfermedad en el área determinada

$$n = \frac{15689(.5)(.5)}{(15689-1)D + .25}$$

$$n = \frac{15689(.25)}{(15688)(.00065)+.25}$$

$$n = \frac{3922.25}{10.4472}$$

$$n = 375.43 \approx 375$$

La evaluación de la obesidad y sobrepeso se hizo en base a la clasificación de la Normal Oficial Mexicana: obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

Sobrepeso: índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25 se calculo con la siguiente formula:

$$IMC = PESO / TALLA^2$$

Criterios de inclusión

Se incluirán todas aquellas personas que residan permanentemente en el área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán.

Criterios de exclusión

Se excluirán aquellas personas que no pertenezcan al área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos

Los procedimientos para controlar los factores que pudieron afectar la validez de los resultados fueron capacitar al personal que colaboró con la recolección de los datos a partir del instrumento diseñado para tal fin.

Como anteriormente se mencionó, la selección y tamaño de la muestra tuvo un margen de error de .05 lo cual nos indica que tiene una confiabilidad de 95 por ciento para poder extrapolar los resultados a la población total.

El procedimiento que se utilizó fue una encuesta a la población del área de influencia del Centro de Salud Miguel Alemán, a través de un cuestionario. Que se aplicó en el periodo diciembre de 2005 a enero de 2006. Se hizo una visita domiciliar a la población de área de influencia, que se determinó por el muestreo teórico. Se utilizó un cuestionario en el cual se tomaron en cuenta diversas variables sobre el ambiente físico, social, económico, daños a la salud y recursos para la salud (Anexo 2).

Procedimientos que garantizaron aspectos éticos en la investigación

La información recolectada fue estrictamente para fines de la investigación enfatizándolo en el levantamiento de cada cuestionario. El resultado final se entregó por escrito al director del Centro de Salud Miguel Alemán con una presentación previa en dicho centro a todo el personal involucrado en la realización del mismo. Así como una presentación final ante las autoridades correspondientes en la facultad de medicina.

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Las variables fueron operacionalizadas de manera cualitativa y cuantitativa como lo vimos en el cuadro anterior. El modelo de análisis que se utilizó fue un programa estadístico, para obtener medidas de frecuencia, porcentajes y cruces de información entre variables. Como resultado se obtuvieron gráficas y cuadros con porcentajes y números absolutos para realizar el posterior análisis de los mismos.

Programas utilizados para análisis de datos

Para el proceso y análisis de datos de la información se utilizaron los programas informáticos Epi Info, Excel y Acces. Asimismo para el diseño de gráficos, mapas y cuadros ocupamos el Epi Dat, Excel, Microsoft Picture it y Paint Shop Pro. Por último, para la integración general del reporte final usamos word y power point.

RESULTADOS

Antecedentes

El Centro de Salud Miguel Alemán contaba con dos diagnósticos de salud parciales del año 2003 elaborados por estudiantes y personal de enfermería, uno de ellos elaborado a partir de sólo algunas colonias.

Factores demográficos

Características básicas de la población

En el área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán se encuentran aproximadamente 78,447 habitantes los cuales se reparten en once núcleos básicos, así tenemos que el porcentaje de hombres es de 45 por ciento y de mujeres es 55 por ciento de un total de 1500 encuestados. Se puede observar como el porcentaje de mujeres y hombres guarda concordancia con los indicadores nacionales y estatales que fueron presentados en la encuesta nacional de salud.

Gráfica 1. Distribución de la población por sexo

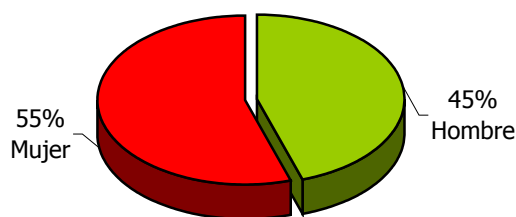
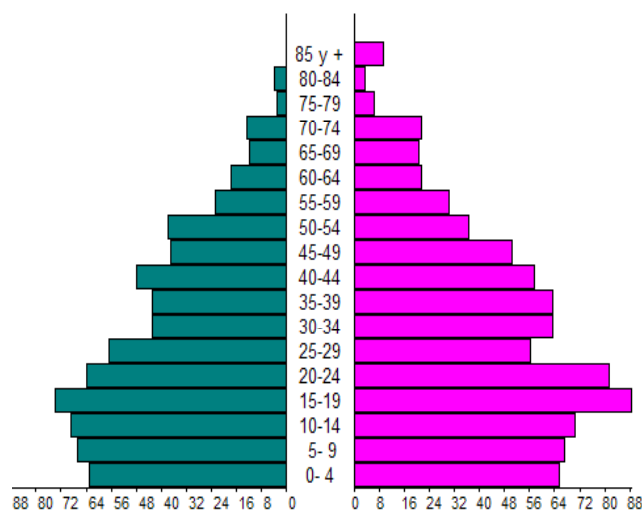


Tabla 2. Distribución porcentual Estatal y Nacional por sexo

Nivel Estatal y Nacional	Hombres %	Mujeres %
Veracruz	49.3	50.7
Estados Unidos Mexicanos	49.3	50.7

Fuente: SSA-INSP. Encuesta Nacional de Salud. Cuestionario de hogar. México, 2000

Figura A. Pirámide poblacional por grupos quinquenales del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán



Índices

Índices	Valor	
Friz	138,9706	
Sundbarg	48,6161	31,8893
Burgdöfer	18,3333	17,1333
Envejecimiento	23,7624	
Dependencia	50,0000	
Estructura de la población activa	56,9859	
Reemplazamiento de la población activa	24,5399	
Número de hijos por mujer fecunda	27,7419	
Índice generacional de ancianos	489,5833	
Edad media	29,5433	
Edad mediana	26,6228	

Tabla 3. Distribución porcentual de la población por grupos quinquenales

Edad	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
0-4	63	4,20	66	4,40
5-9	67	4,47	68	4,53
10-14	69	4,60	71	4,73
15-19	74	4,93	89	5,93
20-24	64	4,27	82	5,47
25-29	57	3,80	57	3,80
30-34	43	2,87	64	4,27
35-39	43	2,87	64	4,27
40-44	48	3,20	58	3,87
45-49	37	2,47	51	3,40
50-54	38	2,53	37	2,47
55-59	23	1,53	31	2,07
60-64	18	1,20	22	1,47
65-69	12	0,80	21	1,40
70-74	13	0,87	22	1,47
75-79	3	0,20	7	0,47
80-84	4	0,27	4	0,27
85 y más	0	0,00	10	0,67
Total	676	45,07	824	54,93

Se observa una contracción en la base de la pirámide poblacional, esto indica que la natalidad disminuyó, y se registra una tendencia de aumento de las personas mayores de 65 años, lo cual nos llevará a una transición demográfica dentro de unos años, lo cual dará como resultado una población envejecida en un futuro. Dicha pirámide se observa en poblaciones que tienden a volverse estacionarias y que posteriormente empiezan a envejecer.

Esto lo podemos observar al analizar los diversos indicadores que se nos presentan en el cuadro de la pirámide poblacional.

El índice Friz nos indica que la población es madura esto es, que no es una población joven y que se encuentra en una etapa de estabilidad.

El índice Sundbarg nos indica que la población es madura pero joven, y actualmente que se encuentra en estado progresivo, pero está tendiendo a volverse estacionaria, lo que posteriormente nos dará una tendencia de la población a envejecer.

El índice Burgdöfer nos indica que la población es relativamente joven aunque también se puede observar que en un futuro esta situación cambiará de seguir la misma tendencia.

El índice de envejecimiento nos indica que por cada persona mayor de 65 años, existen 24 personas menores de quince años.

Actualmente por cada 100 personas en edad económicamente activa existen 50 personas que dependen de ellas.

Por cada 100 personas en edades más jóvenes en activo, hay 57 personas en edad activo más viejas.

Por cada 100 personas que van a entrar a una edad activa, hay 25 personas que salen de esta edad.

Por cada niño nacido recientemente (cero-cuatro años) existen 27 mujeres en edad fértil (15-49 años).

En esta población hay aproximadamente 490 personas que se podrán hacer cargo de una persona de 65 años y más.

La edad promedio de esta población fue de 30 años, lo cual nos hace ver que se trata de una población joven, pero madura con tendencia al envejecimiento. El 50 por ciento de la población tiene más de 27 años, esto sigue confirmando lo anteriormente expuesto con respecto a la población estudiada.

Se pudo observar que el porcentaje de personas mayores de 65 años es de 6.4 por ciento, tenemos que a nivel estatal es de 4.6 por ciento (ENSA, 2000) esto quiere decir que se encuentra por arriba del nivel estatal y arriba del nivel nacional, el cual es de 4.4 por ciento, estamos observando un aumento de la población mayor de 65 años, lo cual traerá como consecuencia un cambio en el panorama epidemiológico, al ser más susceptible este grupo de padecer enfermedades de tipo crónico degenerativas.

Tabla 4. Distribución porcentual de la población por grupos representativos de edad

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total de población
	Absolutos	Porcentaje %	Absolutos	Porcentaje %	
Menor de 1año	4	.27	10	.67	14
1-4 años	59	3.93	56	3.73	115
5-14 años	136	9.07	139	9.27	175
15-49 años	366	24.40	465	31	831
50-64 años	79	5.27	90	6	169
65 años y más	32	2.13	64	4.27	96
Total	676	45.07	824	54.93	1500

En esta tabla se puede apreciar claramente como la mayor proporción de población se encuentra entre el grupo de quince a 64 años, seguida de la población de cero a catorce años, y por último la de 65 años y más.

Daños a la Salud

Tabla 5. Tasa de las principales causas de morbilidad de los años 2000 al 2004 registradas en el C S Miguel Alemán

Enfermedades	2000	2001	2002	2003	2004
IRA	1993.7	3295.2	3732.5	3585.9	3796.2
Infecciones de vías urinarias	313.6	610.6	766.1	628.4	776.3
Ascariasis	429.6	572.4	452.5	399.0	763.6
Úlceras gastritis y doudenitis	186.1	223.1	202.7	334.0	529.0
Infección intestinal por otros organismos	253.7	405.4	1175.3	1078.4	452.5
Amibiasis intestinales	456.4	706.2	632.3	424.5	322.5
Otitis media aguda	96.9	105.8	170.8	146.6	164.4
Conjuntivitis	34.4	42.1	0.0	14.0	96.9
Displasia cervical leve	5.1	1.3	0.0	56.1	88.0
Mordedura por perro	16.6	42.1	124.9	94.3	77.8
Hipertensión arterial	200.1	63.7	33.1	16.6	45.9
Diabetes mellitus	109.6	59.9	30.6	11.5	24.2
Desnutrición leve	105.8	235.8	31.9	56.1	42.1
Tricomoniasis urogenital	56.1	93.1	16.6	20.4	14.0
Candidiasis urogenital	38.2	82.9	10.2	8.9	15.3
Varicela	42.1	20.4	40.8	12.7	31.9
Otras helmintiasis	51.0	89.2	35.7	10.2	0.0

En la tabla anterior se observa que las enfermedades respiratorias agudas sigue siendo el principal motivo de consulta, sin embargo también podemos observar el aumento de las enfermedades gastrointestinales como son los áscaris y las infecciones por otros organismos, el aumento de los casos de displasias leves y la disminución en los casos de desnutrición leve.

Gráfica 2. Incidencia de morbilidad de las últimas dos semanas

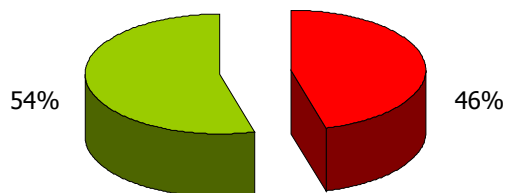


Tabla 6. Tasa de las principales enfermedades referidas por la población encuestada

Enfermedad	Tasa*
Enfermedades del sistema respiratorio	82.6
Enfermedades del sistema digestivo	4.8
Enfermedades del aparato locomotor	3.6
Enfermedades de la piel	2.4
Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	2.4
Neoplastias	1.8
Enfermedades de órganos de los sentidos	1.2
Enfermedades del sistema circulatorio	1.2

*Tasa por 100 habitantes

Dentro de los daños a la salud, se encontró como lo refleja el grafico 10 que algún miembro de la familia había enfermado con un total de 171 familias. En el cuadro 10 se observa que dentro de estas la enfermedad respiratoria aguda continua encontrándose como la primera causa de morbilidad, aquí hay que hacer mención que el levantamiento de las encuestas se realizó en los meses más fríos como son diciembre y enero y por lo tanto podría explicar este incremento.

Tabla 7. Principales causas de mortalidad en el municipio de Xalapa por residencia para el año 2004

Enfermedad	Tasa*
Enfermedades del corazón	78.5
Tumores malignos	75.7
Diabetes mellitus	61
Enfermedades del hígado	35.9
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	30.4
Influenza y pulmonía	27.9
Enfermedades cerebrovasculares	27.7
Accidentes	26.7
Malformaciones congénitas y otras deformidades	12.5
Insuficiencia renal	11.8

En la mortalidad se revisaron los últimos cuatro años sin embargo sólo analizaremos los años 2004, en donde se observó que para el municipio de Xalapa las enfermedades del corazón son la primera causa de muerte seguida de los tumores malignos y la diabetes mellitus.

Factores de riesgo del ambiente físico

Clima

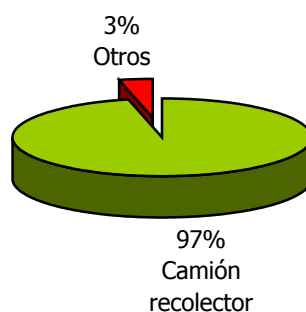
La temperatura media anual: 19.1° Celsius. El clima en Jalapa es templado húmedo con variaciones de temperatura de 4° a 10° hasta los 30°.

Precipitación media anual: 1421.1 mm.

Basura

El 97 por ciento cuenta con el servicio público recolector.

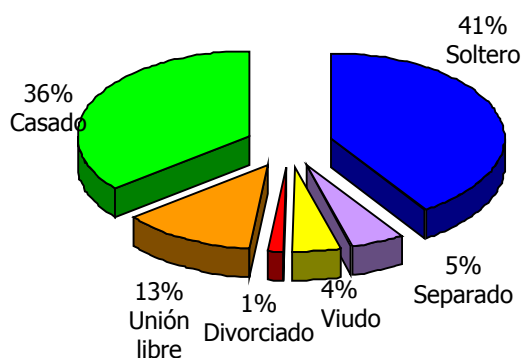
Gráfica 3. Distribución porcentual de familias que utilizan el sistema municipal de limpia pública



La red municipal de limpia pública es utilizada por 361 familias, y sólo el 3 por ciento del total de familias la queman o la tiran.

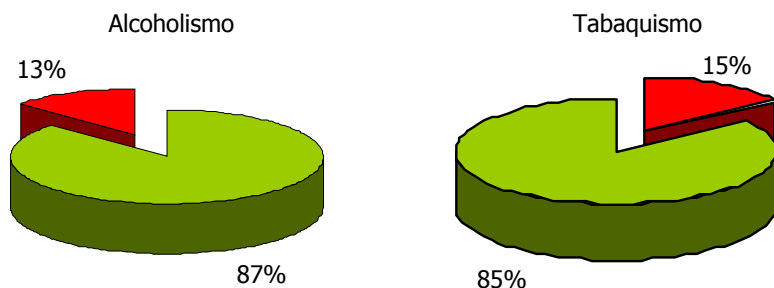
Factores de riesgo del ambiente social

Gráfico 4. Porcentaje de población de doce años y más por estado civil



Como podemos ver en la grafica 4, si sumamos a toda la población que vive sin pareja podremos ver que el 50 por ciento de nuestra población no tiene el apoyo de una pareja en casa.

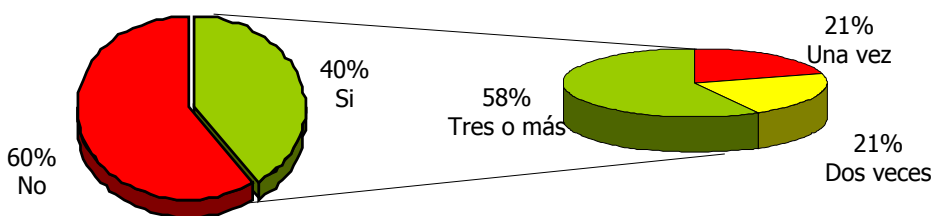
Gráfica 5. Distribución porcentual de la población según consumo de tabaco y consumo de alcohol



El alcoholismo tiene un porcentaje significativo en nuestra población mayor de 18 años, ya que las mayoría de las personas que contestaron el cuestionario fueron adultos mayores y amas de casa y aunque pudiera haber un sesgo ya que no se encuestó a toda la gente es importante ya que es una población en riesgo de padecer enfermedades de hígado que es la cuarta causa de muerte en el municipio de Xalapa.

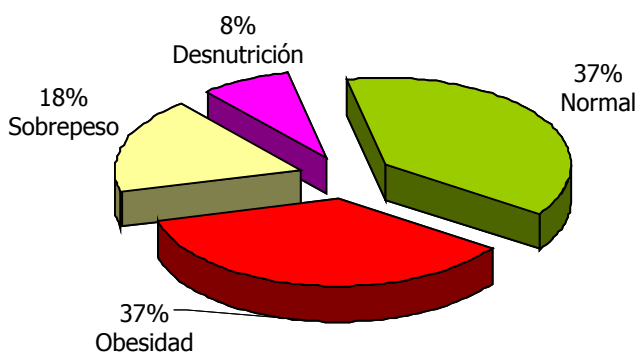
Así mismo, el tabaquismo tiene un porcentaje significativo por lo anterior mencionado ya que representa un quince por ciento de la población encuestada.

Gráfico 6. Distribución porcentual de personas que manifestaron haber realizado alguna actividad física y la frecuencia con la que fue realizada a la semana



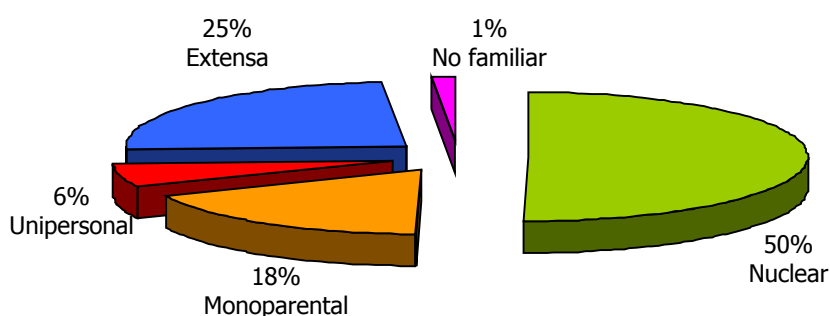
En la gráfica 6 se quiso ahondar sobre que tan sedentaria es la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Miguel Alemán y se puede apreciar que la mayoría de las personas encuestadas no realizan ninguna actividad física, pero el 40 por ciento que sí realiza actividad física solamente el 58 por ciento la realiza de manera continua es decir que el 42 por ciento de esa población que si realiza actividad física es sedentaria.

Gráfica 7. Porcentaje de personas entrevistadas por índice de masa corporal de 18 años y más



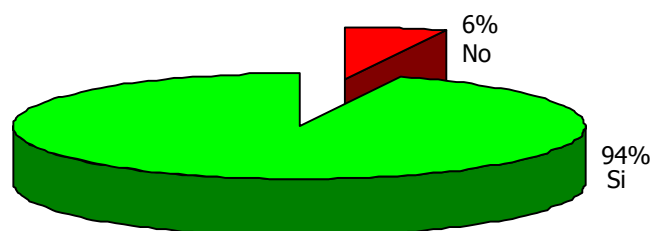
En la gráfica presentada se quiso saber los índices de masa corporal de la población para determinar que tan desnutrida u obesa se encuentra la población encuestada. De esta manera se puede observar que el 55 por ciento de nuestra población se encuentra en un estado de sobrepeso y obesidad, un ocho por ciento se encuentra desnutrido. Aquí es necesario decir que no se midió y ni pesó a la población solamente fue con referencia a lo que ellos nos dijeron que pesaban y median.

Gráfica 8. Porcentaje de población por tipo de familia para el área de responsabilidad del C. S. Miguel Alemán



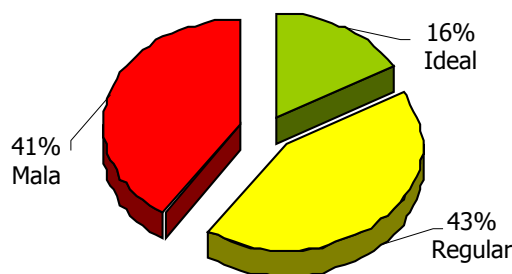
La gráfica anterior nos muestra el tipo de familia encontrada, en ella se observa que de las 374 familias encuestadas 188 cuentan con una familia de tipo nuclear, 92 son de tipo extensa, 68 monoparentales y 26 corresponden a la unipersonal y a la no familiar, de estas últimas el promedio de edad es de 67 años y predominantemente del sexo femenino

Gráfica 9. Distribución porcentual de la población de quince años y más alfabeta



Un factor importante es el analfabetismo, el cual representa a 63 personas, de los cuales 53 son mujeres y doce son hombres contra 1034 que si saben leer y escribir.

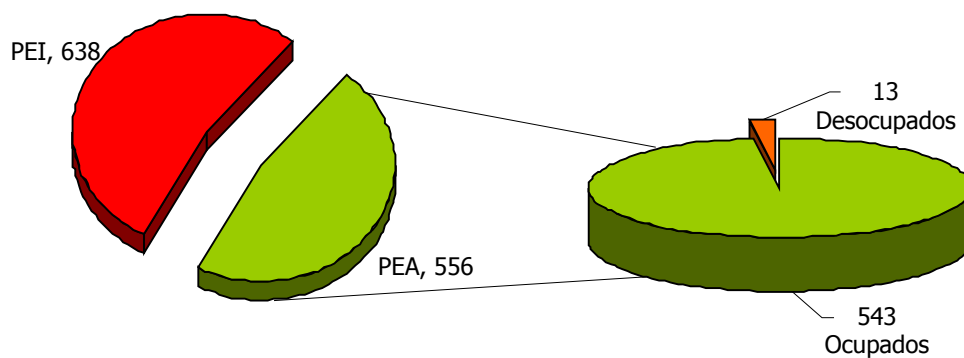
Gráfica 10. Porcentaje de población por tipo de vivienda



En esta gráfica se hizo una clasificación de los tipos de vivienda, de esta manera tuvimos tres tipos diferentes que son la ideal, regular y mala. Los tipos de vivienda están integrados con las siguientes características: la vivienda ideal tiene techo y paredes de concreto, piso de mosaico, agua potable, drenaje, luz y no tiene hacinamiento. La vivienda regular cuenta con techo de lamina de asbesto o madera, paredes de concreto, piso de cemento o madera, fosa séptica, agua potable y tampoco tiene hacinamiento. Por último tenemos la vivienda mala que consta de techo de lámina de zinc o cartón, paredes de madera, lamina o cartón, piso de tierra, fosa séptica y con hacinamiento. Por lo tanto tenemos que el 84 por ciento de las viviendas se encuentran en el rubro de regular a mala. Mientras que el 16 por ciento cuenta con una vivienda adecuada que le proporciona un mejor estado de salud a sus habitantes.

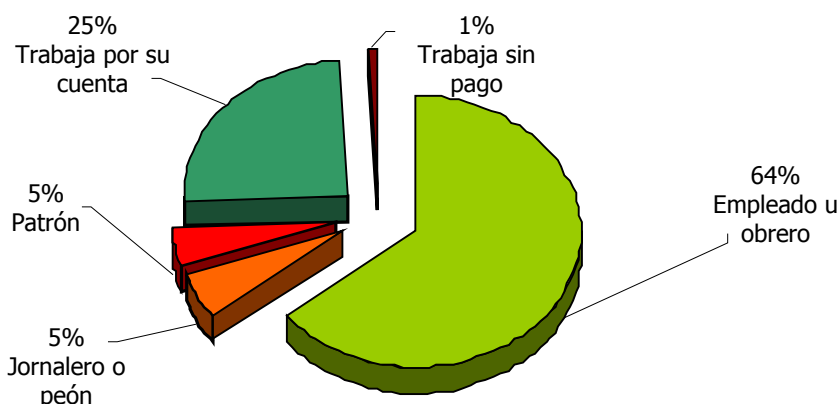
Factores de riesgo del ambiente económico

Gráfica 11. Distribución de la población de doce y más años según condiciones de actividad económica y ocupación



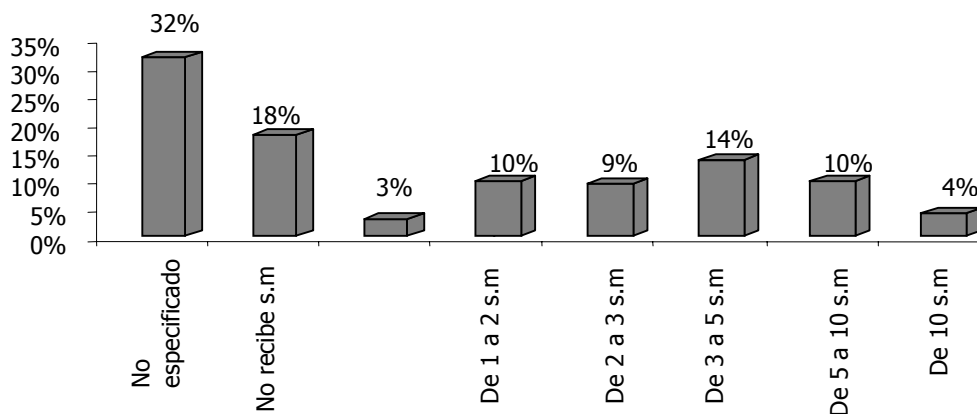
Para explicar los datos económicos es importante decir que la población encuestada constituye 1500 personas, las cuales se dividen inicialmente en dos partes que son el potencial de trabajo y la población económicamente dependiente. El potencial de trabajo son las personas de doce años y más que se encuentran en posibilidad física y mental de trabajar, constituyen 1194 individuos de la población. La población económicamente dependiente son aquellas personas menores de doce años y mayores de 65 años que dependen de alguien más y son 306 personas. El potencial de trabajo se va a dividir en Población Económicamente Activa (PEA) es decir la que se encuentra trabajando actualmente y Población Económicamente Inactiva (PEI) que son las personas que tienen la capacidad de trabajar, pero que no están trabajando actualmente. La PEA de nuestra población es de 556 personas y la PEI es de 638 personas. La PEA se va a dividir en dos clasificaciones que son la ocupada y desocupada; la PEA ocupada son aquellas personas que se encuentran laborando actualmente o que están incapacitadas en forma temporal y que reciben o no salario por su trabajo y es representada por 543 individuos. Mientras que la PEA desocupada son aquellas personas que actualmente se encuentran buscando trabajo y solamente está constituida por trece personas de nuestro universo de población.

Gráfica 12. Distribución de la población de doce y más años según posición en el trabajo



De la PEA ocupada que son 543 personas se pueden clasificar por su posición en el trabajo y vemos que el 64 por ciento de esta población es empleado u obrero, mientras que el 25 por ciento son trabajadores por su cuenta.

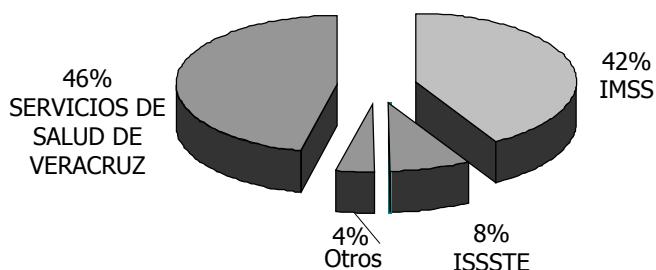
Gráfica 13. Distribución de la población de doce y más años según ingreso en salarios mínimos



En esta gráfica podemos ver que el 32 por ciento representa a las personas que no quisieron darnos información sobre su salario, pero del 68 por ciento que si nos contestó el porcentaje más representativo fue el 18 por ciento de personas que reciben menos del salario mínimo diariamente. El salario que se tomó como base fue el de \$ 44.05 de Jalapa, Veracruz de diciembre del 2005.

Recursos para la salud

Gráfica 14. Porcentaje de familias encuestadas según condición de derechohabiencia



La distribución de las familias de acuerdo a derechohabiencia se encontró que 173 familias no cuentan con ella y 201 familias tienen algún tipo de seguridad social.

Tabla 8. Distribución porcentual de la población derechohabiente por lugar donde acude a servicio médico del CS Miguel Alemán

Lugar a donde acude/ Derechohabiencia	Centro de salud	Médico particular	IMSS	ISSSTE	Otros	Total de población (Abs)
IMSS	5	25	66	0.6	3	156
ISSSTE	3	30	7	53	7	30
Otras	60	13	13	0	13	15
Ninguna	38	50	0	0	12	173
Total	22	37	29	4	8	374

En la tabla anterior se observa que la población derechohabiente también hace uso del centro de salud y que más de la mitad de la población no derechohabiente utiliza a la medicina particular y otro tipo de servicio médico.

Gráfica 15. Accesibilidad a los Servicios de Salud por horas



El gráfico muestra el tiempo aproximado de traslado hacia algún servicio médico, por el medio habitual de transporte que utilizan (caminando, camión, vehículo particular, taxi)

Recursos materiales

El área física del Centro de Salud tiene seis consultorios, un área de vacunación y una sala de espera. Es importante decir que los recursos materiales no se apegan a las Normas Oficiales Mexicanas 197 y 178 sobre los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimiento para la atención médica.

Recursos humanos

Los recursos humanos con los que cuenta el Centro de Salud son un director, doce médicos, catorce enfermeras, dos trabajadoras sociales, una pasante de nutrición, dos administrativos y una psicóloga. Estos recursos humanos no se apegan a los criterios definidos por el Modelo de atención de salud para población abierta (MASPA)

Servicios que brindan

- Consulta general
- Atención psicológica

- Trabajo social
- Análisis clínicos
- Servicios de paquete básico de salud:
 - Saneamiento a nivel familiar
 - Planificación familiar
 - Atención del embarazo
 - Vigilancia de la nutrición y el crecimiento de los niños
 - Vacunación
 - Manejo de la diarrea en el hogar
 - Tratamiento antiparásito
 - Manejo de infecciones respiratorias agudas
 - Prevención y control de la tuberculosis familiar
 - Prevención y control de la presión alta y diabetes
 - Participación comunitaria para el auto cuidado de la salud
 - Prevención y control de cáncer de la matriz

DISCUSIÓN

Se reconoce la importancia de realizar un diagnóstico de salud en la unidad cada año ya que con la metodología y los resultados presentados es factible que se pueda realizar en poco tiempo. Ya que la muestra se puede extrapolar a toda población del área de responsabilidad con un 95 por ciento de confiabilidad.

Teniendo en cuenta que cada grupo de edad corresponde a un periodo de tiempo, podemos observar como la tendencia descendente de la población, empezó hace aproximadamente 20 años, al observarse en el grupo que corresponde de quince a 19 años la última tendencia ascendente, a partir de dicho grupo observamos como la población empezó a tener una tendencia descendente, misma que a seguido continua, esto nos lleva a concluir que los programas de planificación familiar han tenido un impacto en la composición de la población, el cual se está viendo reflejado en la pirámide poblacional.

Por otro lado tenemos como el grupo de personas de 65 años y más, después de tener una tendencia a disminuir, en dicho grupo se observa una tendencia estacionaria, lo cual llevará a un aumento de dicho grupo de edad.

Debemos tener en cuenta que el porcentaje de población mayor de 65 años es más alto (6.4 por ciento), que el nivel estatal (4.6 por ciento) y nacional (4.4 por ciento)

Otra observación importante es como el grupo de hombres mayores de 65 años corresponde al 2.13 por ciento de la población y el de mujeres es de 4.27 por ciento. Si tenemos en cuenta que a cada grupo de edad corresponderá una determinada patología, podemos concluir que la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, tenderá a aumentar según aumente la población en riesgo.

La población de quince a 64 años, se encuentra ocupando el 66.6 por ciento de la población total, dicho grupo de edad, nos muestra a una población joven pero madura, con tendencia al envejecimiento, en esta población es en la que se deben de implementar programas tendientes a la prevención de enfermedades crónico degenerativas, dichos programas deben de promover estilos de vida saludables, como una forma de prevenir la aparición temprana de dichas enfermedades.

En conclusión se deben de tomar en cuenta los cambios poblacionales, para redirigir los programas preventivos, tomando en cuenta el tipo de población a la que irán dirigidos.

En el centro de Salud Miguel Alemán de los años 2000 a 2004 la enfermedad respiratoria aguda fue la primera causa de enfermedad y se confirma con el presente diagnóstico, coincidiendo con primera causa de morbilidad a nivel Estatal y Nacional (Encuesta Nacional de Salud, 2000).

La segunda enfermedad reportada fueron las infecciones gastrointestinales que nuevamente se confirma en este diagnóstico.

En este contexto se identificaron como factores de riesgo los siguientes datos:

En los factores de riesgo del ambiente físico el clima sigue influyendo en la aparición de las enfermedades respiratorias agudas, ya que el clima de Jalapa es templado-húmedo con una temperatura media de 19° y esto puede afectar la salud de los individuos por la constante variación del mismo. Otro factor del ambiente físico para enfermedades diarreicas agudas es que la mayoría de la población utiliza la red municipal de limpia pública, sin embargo esta recolección se hace en forma irregular y sin abarcar las calles en su totalidad. En este contexto algo que llama la atención es que trece familias encuestadas admiten quemar la basura o tirarla a cielo abierto, contribuyendo al aumento de la contaminación ambiental y del subsuelo.

Otro de los factores de riesgo que encontramos en las IRAS y EDAS fue el analfabetismo que en nuestra población es del seis por ciento representando a 65 personas, de las cuales 53 son mujeres. Este porcentaje de analfabetismo se encuentra por debajo de la media nacional que es de 23 por ciento para ambos sexos. Si bien nos encontramos muy debajo de la media nacional es un dato alarmante ya que la promoción a la salud e indicaciones médicas se dan por escrito y por lo tanto puede existir una dificultad en el apego al tratamiento, a las instrucciones médicas y al poco impacto de algunas campañas de salud.

La vivienda es un factor social de riesgo ya que ocho de cada diez casas no reúnen las condiciones de vivienda adecuadas, por lo cual podemos entender la constante aparición de estas enfermedades. Ya que estas viviendas no contribuyen a la protección adecuada de la familia.

El otro tipo de enfermedades que se estudiaron fueron las no transmisibles. Este tipo de enfermedades fueron la diabetes, hipertensión e infección de vías urinarias. En los factores de riesgo para estas enfermedades se encontró que seis de cada diez personas no realizan alguna actividad y de los que si realizan alguna lo hacen de manera inconstante, por lo cual se concluye que más de la mitad de la población es sedentaria, lo que se ve reflejada en el 57 por ciento de la población con problemas de sobrepeso y obesidad.

Otros de los factores de riesgo en estas enfermedades son el alcoholismo y el tabaquismo. El alcoholismo representa un trece por ciento de nuestras personas encuestadas. Si bien no rebasa el índice nacional el cual se encuentra en 39.1 por ciento de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del año 2000, es importante ya que existe población consumidora de alcohol. El tabaquismo fue encontrado en nuestra población en un quince por ciento y el porcentaje nacional se encuentra en 21.5 por ciento y esto significa que están presentes ambas adicciones propiciando un riesgo para padecer dichas enfermedades.

En el último grupo de clasificación que incluye los accidentes, la violencia y las adicciones se pueden englobar los siguientes factores de riesgo. En cuestiones familiares encontramos que el siete por ciento de nuestra población vive sola o sin familia, y la edad promedio es de 67 años, por lo tanto es necesario replantear la manera en como se den las indicaciones médicas y considerar la importancia de la intervención de trabajo social ya que este siete por ciento son ancianos y viven solos.

Como un factor importante de riesgo para estas patologías y las anteriores encontramos que el 18 por ciento que equivale a 20 familias de nuestra población están sobreviviendo con menos de un salario mínimo al día, esto podría ser un factor determinante para las personas que viven situaciones de violencia, alcoholismo y drogadicción.

En este apartado económico otro factor importante es que la mayoría de la población es inactiva. Lo cual quiere decir que son más las personas dependientes que las que pueden proporcionar un ingreso a la familia. En los recursos para la salud el Modelo de Atención a la Población Abierta menciona que los recursos humanos necesarios para una buena atención son un médico, dos enfermeras por núcleo básico y un promotor de salud por cada cuatro núcleos básicos. En el centro de salud hay una insuficiencia de recursos humanos que se ve reflejada en la atención médica que recibe la población asignada. Lo anterior podría verse reflejado en que más de la mitad de la población no derechohabiente acude al médico particular por la saturación en consulta. Lo que podrá repercutir en la economía de la familia ya que como analizamos más el 18 por ciento de nuestra población no alcanza el salario mínimo.

La falta de una infraestructura adecuada ha dificultado la accesibilidad a dicho centro, ya que gran parte de la población no la ha identificado como una institución diferente al DIF Estatal y muchas personas todavía desconocen que tienen derecho a la atención médica del Centro de Salud.

CONCLUSIÓN

Al terminar el diagnóstico de salud, se pudo evaluar que efectivamente el objetivo fue alcanzado, al permitirnos identificar factores de riesgo para la salud a los que se ve expuesta la población del área de responsabilidad Centro de Salud Miguel Alemán.

Llegamos a la conclusión que es un ejercicio útil, que debe de ser continuado periódicamente, para poder monitorear en forma anual la incidencia y prevalencia de las enfermedades para así poder monitorear la efectividad de los programas aplicados y que por lo tanto se considera como una herramienta básica para la toma de decisiones por parte del personal directivo, a favor de la salud de la población.

Esta toma de decisiones debe de ir acompañada de una planeación en la cual el diagnóstico de salud tiene un papel significativo.

Es importante señalar que para la realización de un diagnóstico de salud se deben de tomar en cuenta los estilos de vida de la población, los factores de riesgo del ambiente social y económico, puesto que está comprobado que dichos factores influyen en la relación salud enfermedad.

Por último debemos concluir que la realización de un diagnóstico de salud debe implicar la participación del personal de los servicios de salud, sin causar su desgaste, siguiendo una metodología que optimice tiempo y recursos.

RECOMENDACIONES

1. Realizar el diagnóstico de salud en forma anual basándose en los criterios metodológicos utilizados en el presentado.
2. Incrementar la vigilancia nutricional en jóvenes y adultos.
3. Durante las consultas médicas valorar la canalización de adultos mayores hacia trabajo social para llevar un mejor control del apego al tratamiento médico.
4. Las pláticas de promoción a la salud podrán darse con número reducido de asistentes (10 a 15 personas) para que las explicaciones sean más focalizadas y sin distracciones, haciendo énfasis en el mejoramiento de las viviendas, tomando en cuenta el hacinamiento y la probable gestión de recursos para ello.

5. Invitar a través de estas pláticas a la población adulta a los clubes de diabetes e hipertensión aún cuando no lo padezcan.
6. Valorar la construcción de un edificio propio con apego a las Normas Oficiales Mexicanas 197 y 178 para un mejor desempeño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ladrón de Guevara, Elsa compiladora. Diagnóstico de Salud Local. Diplomado Municipio y Salud. UV 1999
2. Moreno-Altamirano A. López-Moreno S. Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. Salud Pública Mex. 2000; 42: 337-348.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño
4. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad
5. Norma Oficial Mexicana NOM -197-ssa1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
7. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud en las Américas. Informe Anual del Director. Washington. Disponible en Internet: www.paho.org/Spanish/D/DO302_TOC.pdf - 2001-09-13 2001
8. Restrepo H. Promoción de la salud: Desafíos y propuestas para el futuro. OPS. 2005
9. Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Pública Méx. 2002;44:258-265. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
10. http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo1.pdf#search='encuesta%20nacional%20de%20salud%202000

DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD, DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD GASTON MELO

María Elena Aguirre Pavón, Andrea Isunza Vera, Francisco Antonio. Zubieta Vargas

INTRODUCCIÓN

En la maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública (ISP) de la Universidad Veracruzana estamos llevando a cabo un trabajo conjunto con los Servicios de Salud del estado de Veracruz; como equipo de trabajo, nosotros fuimos asignados al Centro de Salud Urbano (CSU) Dr. Gastón Melo, al que hemos asistido permanentemente durante seis meses.

Como objetivo primordial del módulo de Salud Pública I, a nuestra llegada al Centro de Salud conocimos las formas de organización y funcionamiento del mismo. Y posteriormente identificamos el último diagnóstico de salud con que contaba el Gastón Melo de fecha 28 de septiembre de 2001.

Al mismo tiempo y en forma grupal, en el ISP, elaboramos una propuesta de Diagnóstico de Salud *estándar* y con base a éste construimos una tabla de cotejo para identificar los componentes del diagnóstico existente; así como un cuestionario para aplicar al director del CS, para obtener información sobre el conocimiento que tenía al respecto del proceso de elaboración y utilidad de dicho diagnóstico. Con la información recabada, elaboramos un *diagnóstico del diagnóstico*.

Los resultados globales (lista de cotejo y entrevista al director) fueron los siguientes: 59 por ciento fortalezas y 41 por ciento oportunidad de mejora.

Como opciones de mejora de lo observado formulamos las siguientes propuestas generales:

- Actualizar el Diagnóstico de Salud.
- Tomar como base la información de la cédula de micro diagnóstico familiar y construir un cuestionario que complementara la información sobre daños a la salud y factores de riesgo.
- Utilizar un diseño muestral por conglomerado polietápico (en tres etapas).
- Capacitar al personal involucrado en la realización del Diagnóstico (Dx) de Salud.
- Ocupar un *software* adecuado para la captura y procesamiento de datos.
- Enfatizar elementos de daño y criterios de priorización.
- Coordinar todos los esfuerzos y recursos disponibles en un ejercicio único para la realización del Dx de Salud.

De todo lo anterior descrito, surgió la necesidad y propuesta de la elaboración de un diagnóstico de salud con información integral y actualizada.

Los esfuerzos se enfocaron a la tarea de construir y ejecutar un proyecto de investigación, bien diseñado y estructurado para conocer las condiciones de salud del área de responsabilidad del Centro de Salud, llevando a la práctica las propuestas de mejora.

De esta manera, pretendemos colaborar con una propuesta, novedosa y fundamentada científicamente, en el diseño, elaboración y resultados de un diagnóstico de las condiciones de salud, priorizando los daños; así como factores de riesgo y condicionantes de éstos para que el Centro, en la medida de sus posibilidades, pueda tomar decisiones y atender, en función de las necesidades reales de las personas, oportunamente y con calidad a la población del área de su responsabilidad.

MARCO TEÓRICO

Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es el resultado de una investigación que permite conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, así como de los recursos con los que se cuentan para atacarlos.

El conocimiento de dichas condiciones permite establecer prioridades de acción, formular programas convenientes y modificar o incrementar los ya existentes. El diagnóstico de salud antecede a cualquier programa de atención médica, pues también determina alternativas para la solución de los problemas de salud.

El diagnóstico de salud debe tener las siguientes características:

Objetividad. Los datos deben presentarse, siempre que sea posible, de manera cuantitativa para evitar la subjetividad.

Precisión. Debe referirse a la población en estudio y al medio donde se encuentra.

Integridad. Ha de ser lo más completa posible para permitir conocer y evaluar el estado de salud de la población.

Temporalidad. Generalmente se refiere a un tiempo determinado, un año por ejemplo. (Álvarez, 2002:96 y López, 2003:63).

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 mortalidad general por grupos de edad y por causas. Los datos de morbilidad se pueden obtener de modo semejante a la mortalidad; consignados por enfermedades transmisibles y no transmisibles. Pueden utilizarse también como orientación los datos del número de consultas en los servicios de salud, si es que existen. Conviene utilizar la CIE [Clasificación Internacional de Enfermedades]. (Álvarez, 2002:96-98).

Recursos para la salud

Los recursos humanos son las personas que trabajan en los servicios de salud: médicos, enfermeras, otro personal de salud, personal voluntario. Se recabará así mismo datos sobre instalaciones y servicios para la salud, así como de las actividades que realizan: centros de salud, hospitales y programas respectivos. El análisis de todos los datos recogidos es la base de la segunda etapa de la planificación, que es la elaboración o formulación del plan. (Álvarez, 2002:96-98).

OBJETIVOS

Objetivo General

- Elaborar un diagnóstico de las condiciones de salud de la población de responsabilidad del CSU Dr. Gastón Melo.

Objetivos Específicos

- Priorizar los daños a la salud en cuanto a magnitud
- Conocer los condicionantes de la salud de la población de responsabilidad del CSU Dr. Gastón Melo
- Formular propuestas de intervención

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación del diagnóstico de salud

Inicialmente se identificaron tanto la morbilidad, así como la mortalidad de la población que pertenece al área de influencia del centro de salud; en orden de incidencia, y magnitud de los últimos tres años.

Una vez identificados los daños a la salud se agruparon en: 1) Enfermedades transmisibles, 2) Enfermedades no transmisibles, 3) otras enfermedades y 4) salud reproductiva.

Posteriormente, utilizando la propuesta del modelo CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles) de la OPS que clasifica los factores de riesgo y condicionantes de la salud que tienden a agruparse de acuerdo a la población, se realizó una adaptación de éstos, quedando de la siguiente manera:

- o Factores Generales (FG)
- o Factores Conductuales y Culturales (FCC)
- o Factores Intermedios (FI)
- o Condiciones Sociales y Económicas (CSyE)
- o Ambientales y Urbanización (AyU)

A continuación, una vez que ubicamos los factores de riesgo y condicionantes para la salud-enfermedad, previamente identificados, convirtiéndolos en indicadores que traducimos en variables que utilizamos en el diseño de nuestro instrumento para el levantamiento de la información, como se explica en el apartado siguiente.

Finalmente, y como resultado de todo el proceso previamente descrito, planeamos para la presente investigación, los siguientes apartados de factores de riesgo y condicionantes de la salud-enfermedad: ambientales, demográficos, sociales, económicos, así como integrar los resultados en: daños a la salud, recursos para la salud.

Definición operacional de las variables

De las variables identificadas en el ejercicio de priorización de daños tomamos cada una de ellas, las analizamos y, partiendo de la búsqueda teórica de cada variable, las definimos conceptualmente, después operacionalizamos cada una de éstas. Posteriormente, clasificamos variables según el tipo y escala de medición. Por último definimos el criterio de riesgo de cada una.

Todo esto, nos permitió construir el instrumento para el levantamiento de la información (cédula de micro-diagnóstico), así como la guía de llenado del mismo.

Tipo de estudio

El presente estudio se llevó a cabo con la población del área de influencia del Centro de Salud Dr. Gastón Melo. Se describieron estadísticas de mortalidad y morbilidad; asimismo se listaron factores condicionantes de la salud a través indicadores específicos para cada uno de éstos. No se modificaron a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso de investigación. El periodo de ejecución fue durante las dos últimas semanas laborables de diciembre de 2005 y primera semana laboral de enero 2006.

Población de estudio

Toda la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Dr. Gastón Melo, distribuida en once núcleos básicos, en 43 colonias de la ciudad de Xalapa.

Selección y tamaño de la muestra

Tipo de muestreo: polietápico

Etapas:

- o Determinación del tamaño muestral por conglomerado total de sujetos
- o Cálculo del tamaño de la muestra de los conglomerados (núcleos básicos)
- o Selección aleatoria de las manzanas que se encuestarían por conglomerado.

Ecuaciones:

$$n = \frac{N p q}{(N-1) D + p q}$$

$$D = \frac{B^4}{4} = .05$$

Donde:

$$n = \text{tamaño muestral} = 395.6 = 396$$

$$N = \text{universo} = 36,000$$

B= error permisible

Z = 95 por ciento

Descripción:

1. Se definió el universo de estudio, utilizando la población total de área de influencia que era para el año 2001, según Dx de salud de 28 de septiembre del mismo año, una población de responsabilidad conformada por 35,097 habitantes de población abierta. Ya que han transcurrido cuatro años y desconocemos el comportamiento poblacional, se decidió utilizar un aproximado de 36,000 personas.

2. Se utilizó la fórmula por conglomerados para determinar el tamaño muestral, resultando un total de 396 sujetos.
3. Aplicando la ecuación para obtener un error permisible de 5 por ciento.
4. Se consideraron once conglomerados, es decir por cada núcleo básico que es la unidad funcional de los centros de salud.
5. Se utilizó una vez más la fórmula por conglomerados para determinar el muestreo de los núcleos básicos, resultando de ésta aplicación siete núcleos básicos.
 - a) Aplicando la ecuación para obtener un error permisible del 20 por ciento
 - b) Se seleccionó de forma aleatoria los siete núcleos básicos resultando: 1, 2, 3, 6, 7, 8 y 10.
 - c) Para cada uno de estos núcleos básicos se consideró el mapa vigente para diciembre 2005 del área de responsabilidad para enumerar cada una de las manzanas que lo conformaban, obteniéndose los siguientes datos:

NB 1= 45 manzanas
NB 2= 44 manzanas
NB 3= 49 manzanas
NB 6= 55 manzanas
NB 7= 51 manzanas
NB 8= 36 manzanas
NB 10 = 102 manzanas

Partiendo del total esperado de 396 individuos entre siete núcleos básicos resultó un total aproximado de 57 personas por cada núcleo básico.

Aleatoriamente se seleccionaron tres manzanas de donde podían obtenerse el total de sujetos esperados para cubrir la cuota representativa para el estudio.

La cuota de las 57 personas por núcleo básico sería cubierta de primera intención en la primera manzana, cuando no ocurrió así se pasó a la segunda o la tercera, y en un solo caso, a la cuarta manzana seleccionada en campo.

De la selección aleatoria de las manzanas de cada núcleo básico resultó lo siguiente:

NB 1= manzanas 35, 19 y 38
NB 2= manzanas 39, 11 y 12
NB 3= manzanas 23, 45 y 38
NB 6= manzanas 41, 54 y 3
NB 7= manzanas 28, 51 y 01
NB 8= manzanas 33, 03 y 09
NB 10 = manzanas 25, 84 y 44

Cabe mencionar que el tipo de muestreo polietápico seleccionado, así como los procedimientos utilizados en la selección aleatoria y numeración asignada a las manzanas de cada núcleo básico, se realizó sin seguir el procedimiento de los manuales o guías de la propia institución; así como los mapas enumerados en cada núcleo básico, para tratar de evitar sesgos derivados de la información institucional.

Criterios de inclusión

Toda la población que habite dentro del área de influencia del Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo.

Procedimientos para la recolección de información

La captación de la información se obtuvo de diferentes formas:

1. Aplicación, a una muestra representativa, de la cédula de micro diagnóstico.
2. Revisión de expediente clínicos y carpetas familiares del Centro de Salud. Así como búsqueda de datos demográficos, ambientales, geográficos, epidemiológicos, etc.

Esto a través de fuentes:

Primarias: encuesta a través de cédula de micro diagnóstico a la población en sus casas.

Secundarias: bases de datos y estadísticas a diferentes niveles: locales, jurisdiccional, municipal, estatal y nacional, obtenidas del Centro de Salud, Jurisdicción No. V, Municipio, COESPO, INEGI, etc.

Instrumentos utilizados

Cédula de micro diagnóstico, la cual resultó de una modificación de la cédula de micro diagnóstico familiar que utiliza SESVER para incluir las variables que no contiene y que consideramos necesarias para nuestro objetivo. Asimismo, se elaboró una guía con las claves de llenado para dicha cédula. (ver anexo cédula y guía de llenado)

Recursos

a) Humanos

- 3 Estudiantes de la maestría en Salud Pública
- 7 Asesores
- 2 Promotores
- 1 Enfermera
- 2 Estudiantes en servicio social
- 15 Estudiantes de Medicina

b) Materiales

- Equipo de cómputo
- Programas informáticos (software)
- Servicio de fotocopiado

Levantamiento de la información

Fuentes primarias:

1. Se planificaron y llevaron a cabo las capacitaciones al personal que colaboró para el llenado de las cédulas.
2. Se calendarizaron e integraron los equipos de dos personas cada uno.
3. Se nombró un responsable por equipo para verificar el llenado adecuado, para disminuir, dentro de lo posible, errores o falta de datos no obtenidos en el levantamiento.
4. Las fechas del levantamiento fueron del 6 al 15 de diciembre de 2005 y del 4 al 9 de enero de 2006. Las salidas a campo se hicieron en horario matutino.
5. Se insistió en ocupar todo el tiempo que fuera necesario en cada vivienda para poder levantar toda la información con la mayor exactitud posible.

6. Por motivos de tiempo y colaboración de los promotores, fue posible incluir a la muestra inicial, un núcleo básico más de lo planeado, con el propósito de incrementar la representatividad geográfica y poblacional.
7. Se resolvieron todos los contratiempos presentados.
8. El número de cédulas aplicadas por colonia y núcleos básicos fueron las que se observan en el cuadro 1.

Comentarios: Por circunstancias no previstas en el proceso de obtención de la información se tomaron algunas decisiones sobre la marcha:

- 1) cambio de estrategia, por falta de recursos humanos con los que se contaba y los cuales, finalmente, no participaron.
- 2) modificación de manzana en el núcleo básico VII, sin selección aleatoria. Se optó por la manzana contigua, es decir una cuarta manzana, para completar el levantamiento de cédulas ya que la manzana seleccionada resultó ser un barranco que en el mapa se presentaba señalada dentro del trazo urbano.
- 3) Una ventaja del instrumento ocupado fue la familiaridad que tienen los promotores en salud, así como el resto del personal del Centro que colaboraron en el levantamiento. Únicamente fue necesario enfatizar la capacitación en la forma adecuada de llenado y la forma de hacer las preguntas de los apartados nuevos. Por otra parte, la cédula, al ser una sola hoja disminuyó los costos de reprografía e hizo más sencillo el llenado para los encuestadores y los capturistas.

Cuadro 1. Número de cédulas aplicadas por núcleo básico y colonia

Colonia	Núcleo básico	No. Cédulas
Centro	I	21
Centro	II	10
Fraccionamiento Formosa		6
Centro	III	19
Los Angeles	VII	12
Tatahuicapan		8
Álvaro Obregón	VIII	12
U. Agua Santa I		5
Santa Bárbara	X	16
Miguel Alemán	XI	11
Electricistas	XII	6
Cuauhtémoc		3
Obreros textiles		1
M. Antonio Muñoz		11
TOTAL		141

Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Fuentes secundarias

La información se obtuvo en todo el proceso de la investigación, tanto en las oficinas de la Jurisdicción Sanitaria No. V, como en boletines e informes gráficos de diferentes dependencias; así como en los sitios virtuales del ayuntamiento del Municipio de Xalapa, INEGI, OPS, etc. Asimismo, se fueron recopilando los concentrados e informes estadísticos del Centro de Salud.

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Se determinaron para todas las variables un listado de frecuencias, aún para aquellas categorías que tienen su medición en lo nominal, ubicando los resultados en tabuladores de tipo numérico que permitieron establecer las frecuencias de presentación de los fenómenos relacionados con la salud.

Para cada apartado definido originalmente: ambiental, demográfico, condicionantes económicos y sociales, daños a la salud, así como recursos para la salud, se obtuvieron los resultados para cada uno de estos y con la tabla de criterios de riesgo se determinó la situación actual de las condiciones de salud para la población de responsabilidad del Centro de Salud.

Programas utilizados para el procesamiento de información, análisis de datos y presentación de resultados

Se diseñó una base de datos en Epi Info para el vaciado de la información y con la ayuda de Excel y Acces se realizó el procesamiento de datos.

Para el diseño de gráficos, mapas y cuadros ocupamos el Epi Dat, Excel, Corel Draw y Paint Shop Pro. Por último, para la integración general del reporte final se utilizó Word, Power Point y Adobe Acrobat Writer.

RESULTADOS

Factores geográficos

El CSU Dr. Gastón Melo se encuentra ubicado en la calle Diego Leño, 2 bis, en el centro de la ciudad de Xalapa, Veracruz.

Datos generales de la ciudad de Xalapa

La Ciudad de Xalapa está situada en las faldas del cerro de Macuiltepetl. Se encuentra a una altura de 1,427 m.s.n.m., colindando con los municipios de Banderilla, Coatepec, Emiliano Zapata, San Andrés Tlalnehuayocan, Naolinco y Jilotepec. Tiene una superficie de 118.45 Kms²

En los alrededores de la ciudad de Xalapa se encuentran los ríos Sedeño, Carneros y la laguna del Castillo y arroyos como el de Chiltoyac y las Ánimas. Dentro del perímetro urbano se localizan los manantiales de los Tecajetes y Xallitic.

Se encuentra en una accidentada e irregular topografía, la cual hace que las calles de Xalapa sean tortuosas, estrechas y quebradas. Su principal elevación es el Cerro Macuiltepec con una altura de 1580 m.s.n.m. Xalapa es considerada una localidad urbana, que en el año 2000 contaba aproximadamente con 390,058 habitantes¹.

Limites del área de influencia del CSU Dr. Gastón Melo

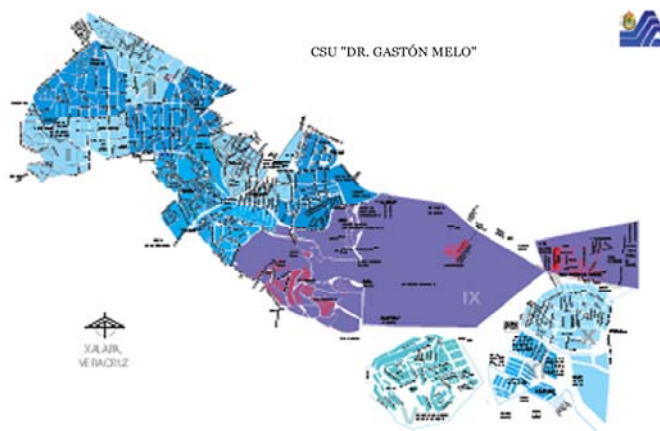
De acuerdo al estudio de regionalización operativa (ERO), la población de responsabilidad del Centro de Salud se reúne en 43 colonias aledañas a éste (ver figura 1). Para la atención de las personas, las colonias están distribuidas en once núcleos básicos.

La población abierta bajo la responsabilidad del Centro está conformada por 36,000 habitantes, aproximadamente.

¹ XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Las cédulas de micro diagnóstico se aplicaron en catorce colonias diferentes correspondientes a ocho núcleos básicos (Ver anexos de planos). Enseguida especificamos el número de cédulas levantadas por colonia y el núcleo básico a la que pertenece.

Figura 1. Mapa del área de influencia del CSU Dr. Gastón Melo



Factores de riesgo del ambiente físico

Clima

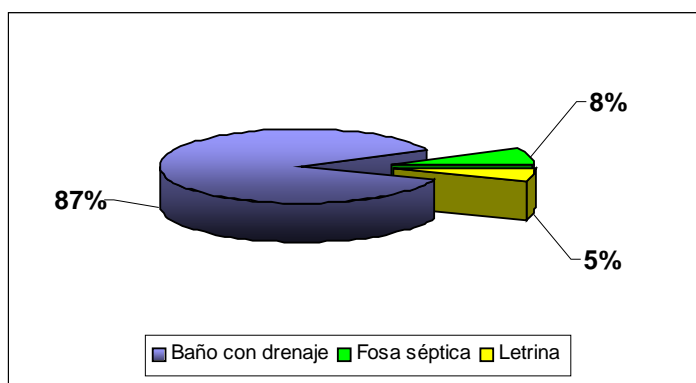
En la ciudad de Xalapa, la temperatura media anual: 19.1° Celsius; mientras que la precipitación media anual: 1421.1 mm.

Saneamiento del medio

Disposición de excreta humana

Las diferentes alternativas para la disposición de excreta humana que encontramos en las visitas domiciliarias fueron las siguientes: 87 por ciento cuenta con drenaje; ocho por ciento fosa séptica y sólo cinco por ciento utiliza letrinas (Ver figura 2). En términos generales podríamos mencionar que la disposición de excreta humana es adecuada; sin embargo sería ideal que todas las viviendas contaran con drenaje de tal manera que la red establezca algún dispositivo para el tratamiento final del desecho.

Figura 2. Distribución porcentual de viviendas, según disposición de excreta humana



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

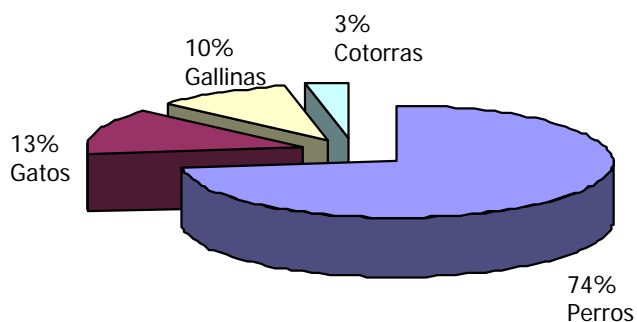
Disposición de basura

Todas las personas encuestadas reportaron que cuentan con el servicio municipal de limpia pública. La red cuenta con un servicio permanente y de buena calidad, lo que permite que los desechos sean recogidos oportunamente evitando fauna nociva y contaminación ambiental.

Fauna doméstica

Una de las diez principales causas de demanda de consulta en el Centro de Salud, en el año 2004 fue por mordida de perros. Para fines de conocimiento de la fauna doméstica que existe en el área de responsabilidad, se optó por preguntar la existencia de perros y gatos y cualquier otro animal; así como la fecha de vacunación de los mismos. De esto, se reporta lo siguiente:

Figura 3. Distribución porcentual de fauna doméstica presente



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Cabe señalar que 98.16 por ciento de los perros y gatos se encuentran vacunados en el transcurso del año próximo pasado. Por tanto, no podemos considerar como riesgo para la salud la convivencia con las mascotas.

Por otra parte, se puede señalar que los otros animales reportados (gallinas y cotorras) no pueden considerarse dañinos, ya que no duermen dentro de las casas.

Factores demográficos

Población total del área

El área de influencia del CSU "Dr. Gastón Melo" cuenta con una población total aproximada de 36, 000 habitantes².

Los datos expuestos a continuación (cuadro 2) corresponden al número de personas que participaron en la muestra estadística poblacional para fines de este diagnóstico.

² Diagnóstico del Salud del CSU "Dr. Gastón Melo", 2001.

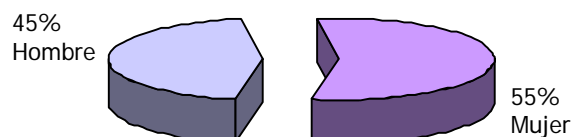
Cuadro 2. Total población de estudio, según muestreo poblacional

Total de población por sexo	
SEXO	No. de personas
HOMBRE	236
MUJER	287
Total	523

Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Como podemos observar, 523 fue el total de personas de la muestra poblacional. Del total de individuos, 236 son hombres y 287 mujeres, lo cual corresponde porcentualmente a 45 por ciento y 55 por ciento, respectivamente. Ver figura 4.

Figura 4. Distribución porcentual de la población según sexo

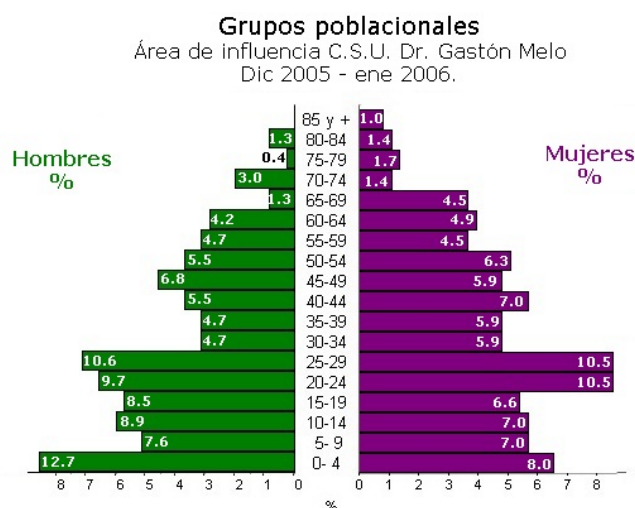


Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Distribución de la población por grupo de edad y sexo

Como podemos observar en la pirámide poblacional (figura 5) obtenida de los datos recopilados para fines de esta investigación, el sexo femenino es más numeroso que el masculino. A razón: 1.2:1. También podemos mencionar que la población es mayoritariamente infantil y joven. Los quinquenios de 20 a 24 y 25 a 29 son los de mayor proporción. Seguidos por el quinquenio de cero a cuatro años.

Figura 5. Pirámide poblacional por edad y sexo



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 - ene 2006.

Razón de dependencia

En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de quince años de edad más la población de 65 y más años de edad, para un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico; se define a la población en edad económicamente productiva como la población entre quince y 64 años de edad, para el mismo país, territorio o área geográfica en el mismo punto de tiempo específico.

Para la población de este diagnóstico, la razón de dependencia es de 1:3, es decir, por cada tres personas en edad productiva hay una persona dependiente económica.

Tasa de envejecimiento

La tasa de envejecimiento se obtiene dividiendo el total de la población de 65 y más años entre el total poblacional de los menores de quince años. Para la población del área de responsabilidad del Centro de Salud es de 0.32

Tasa cruda de mortalidad

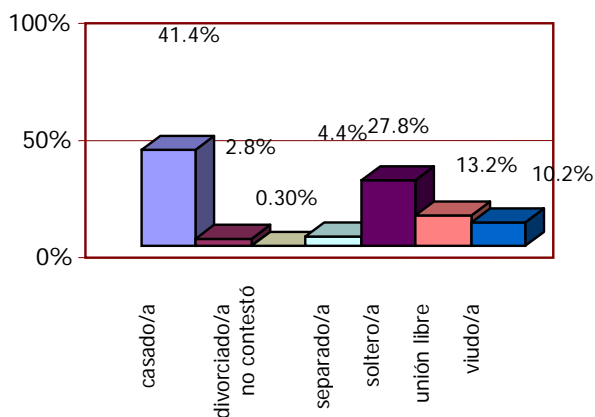
Expresa la razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.

Según datos proporcionados por la Jurisdicción Sanitaria No. V, de SESVER, la tasa de mortalidad para el año 2004 y correspondiente al municipio de Xalapa es de 374.7/100,000 hab.

Estado civil

Lo que podemos comentar acerca del estado civil de las personas entrevistadas es que poco más del 50 por ciento conforman el grupo de casados y unión libre. Casi 28 por ciento se encuentran solteros. Y más de 17 por ciento son viudos, separados o divorciados. Ver figura 6.

Figura 6. Distribución porcentual de personas del área de influencia del C.S. Dr. Gastón Melo, según estado civil. Dic. 2005 - ene. 2006



Fuente: cédulas de micro diagnóstico, ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005-enero 2006.

Factores de riesgo intermedios

En la actualidad, según la OPS (2003) las enfermedades no transmisibles (ENT) son las causas principales de muerte y discapacidad en todo el mundo. En el 2001, ocasionaron casi un 60 por ciento de mortalidad en todo el mundo, y constituyeron un 45,9 por ciento de la carga mundial de morbilidad.

Estas enfermedades están determinadas por un conjunto de factores de riesgo presentes con alta frecuencia en nuestra población. Entre dichos factores destacan no sólo el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, la dieta no saludable, etc., sino otras patologías como la diabetes, la obesidad, dislipidemias e hipertensión.

Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen siendo un problema importante de salud pública en México; se considera como factor de riesgo para el cáncer cérvicouterino el no realizarse la prueba del DOC³; por tanto en este estudio también se tomó en cuenta este factor de riesgo intermedio.

Obesidad

La obesidad, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una condición compleja, con dimensiones psicológicas y sociales que afectan a las personas de todas las edades, en todos los niveles socioeconómicos de naciones desarrolladas y en vías de desarrollo, por lo que es importante trabajar en su prevención como un problema de salud pública de alta prioridad.

Entre las clasificaciones más empleadas destacan las que aluden al número y tamaño de los adipositos, a la edad de comienzo, a la distribución predominante del cúmulo adiposo, a la magnitud de la obesidad, a las complicaciones que se deriven de la misma y a la causa que la origina.

Para fines de este estudio utilizaremos el método más empleado para clasificar la obesidad según su magnitud, el Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet.

La Organización Mundial de la Salud basa su clasificación de los distintos grados de obesidad en el Índice de Masa Corporal,, tal como se muestra en el siguiente cuadro (Isunza, 2004).

Cuadro 3. Clasificación de la obesidad según el IMC⁴

Peso	IMC	Riesgo
Bajo peso	< 18.5	Bajo
Normal	18.5 – 24.9	Peso normal (<i>saludable</i>)
Preobesidad	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 – 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 – 39.9	Severo
Obesidad grado III	≥ 40	Muy severo (<i>obesidad mórbida</i>)

De los datos obtenidos a través de la cédula de microdiagnóstico, se puede determinar que casi la mitad de la población se encuentra dentro de los rangos normales de peso; sin embargo, aproximadamente 50 por ciento presenta algún grado de sobrepeso u obesidad, lo cual es necesario tomar en cuenta en la

³ Diagnóstico Oportuno del Cáncer Cérvicouterino.

⁴ Criterios de obesidad de la OMS (1998) aceptados por consenso

implementación programas de salud futuros por constituir la obesidad un factor de riesgo para varias enfermedades como: diabetes mellitus tipo II, enfermedad isquémica del corazón, hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, osteoartritis y osteoporosis, entre otras.

Cuadro 4. Proporción porcentual de adultos obesos según IMC

Bajo peso	3.5%
Normal	47.3%
Preobesidad	36.4 %
Obesidad grado I	8.6 %
Obesidad grado II	2.9 %
Obesidad grado III	1.3 %

Fuente: cédulas de micro diagnóstico, ISP-CS
Dr. Gastón Melo. Dic 2005-enero 2006.

Detección oportuna de Cáncer Cérvicouterino (DOC)

El factor de riesgo más común del cáncer cérvicouterino es la exposición a ciertas variedades del *Papillomavirus Humano* (HPV). El HPV es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomática. Dada esta característica del HPV, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.

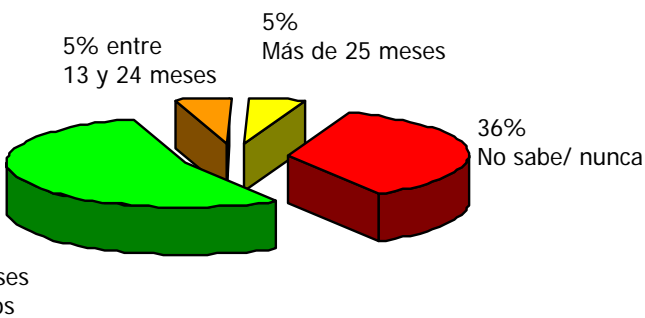
Otros factores de riesgo para desarrollar del cáncer cérvicouterino son:

- o No hacerse la prueba de detección de cáncer cérvicouterino periódicamente.
- o Comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana.
- o Tener parejas sexuales múltiples, o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.
- o Grupo de edad (las mujeres de 30-60 años de edad corren un riesgo mayor y éste aumenta con la edad.
- o Fumar.

El cáncer cérvicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Esto es posible utilizando técnicas citológicas en la búsqueda de alteraciones, este procedimiento es el denominado en lo general DOC; por lo tanto el examen periódico constituye la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cérvicouterino.

Entre la población femenina que ya había iniciado vida sexual preguntamos si se habían realizado el DOC y, en caso afirmativo, el tiempo en meses. Los resultados fueron los que se muestran a continuación:

Figura 7. Distribución porcentual de mujeres según tiempo de realización de examen de DOC



Fuente: cédulas de microdiagnóstico.
ISP-CS Dr. Gastón Melo.
Dic 2005 – ene 2006.

Como podemos observar poco más de 50 por ciento de las mujeres se realizaron la prueba del DOC en el último año; sin embargo 36 por ciento de ellas nunca se han realizado la prueba o desconocen la fecha en que se la hicieron, las cuales se encuentran en riesgo. Además casi diez por ciento de la población de estudio que sí se ha hecho la prueba, no ha sido dentro del lapso de doce meses anteriores, lo que es recomendable para prevenir el cáncer cérvicouterino.

Cabe mencionar que de las personas que se realizaron la prueba del DOC, 91 por ciento de ellas sí recogieron los resultados y solamente nueve por ciento de mujeres con DOC realizado no acudieron por éstos.

Factores de riesgo del ambiente social

El contexto social y la identidad personal se traslapan. Nuestras creencias, valores, lenguaje y hábitos no pueden ser fácilmente eliminados y cambiados porque son parte de nuestra identidad, y esto origina perturbadoras interrogantes acerca de la extensión de la libertad y la autonomía. Los intentos de alterar las respuestas de las personas, como en el control del dolor crónico o la promoción de estilos de vida saludables, son más exitosos cuando el contexto social es visto tanto como un conjunto de variables separadas como complicadas, que se superponen mezclándose en muchos factores interactuando (Anderson, 1998).

Familia

La familia es la unidad primaria a través de la cual los individuos se relacionan con la sociedad. Como un ámbito de relaciones e interacciones de personas que conviven en un contexto emocional, donde se tienen lugar relaciones de poder y de autoridad, donde la socialización tiene su origen y práctica primaria, por ello incidir en esta célula de la sociedad puede ser beneficio para potencializar las acciones en salud.

Tamaño

El tamaño de la familia se refiere al número de personas que integran una familia. Como podemos observar en el cuadro siguiente, la frecuencia mayor según número de habitantes que conforman las familias en el área de influencia es tres, seguidas por las de cuatro y cinco integrantes. El promedio de personas por familia es de 2.47.

Cuadro 5. Frecuencia y porcentaje según personas integrantes de las familias

No. personas	No. familias	%
1	18	12.8
2	19	13.5
3	32	22.7
4	31	22.0
5	21	14.9
6	10	7.1
7	5	3.5
8	2	1.4
10	2	1.4
11	1	0.7
	141	100.0

Fuente: cédulas de micro diagnóstico, ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005-enero 2006.

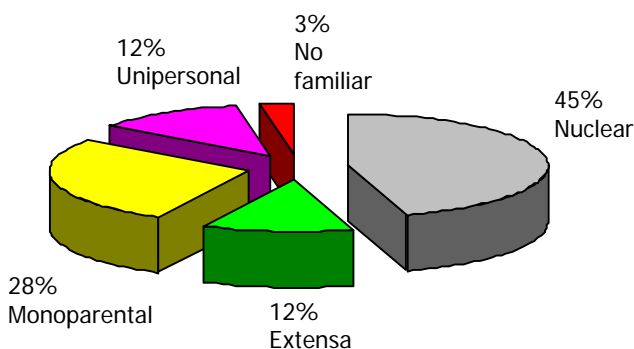
Tipo

De acuerdo al número de personas que integran una familia y sus relaciones de parentesco, la familia puede ser de tipo:

- o Nuclear: padre, madre solos o con hijos.
- o Extensa: además de la familia nuclear incluye tíos, primos, abuelos, etc.
- o Monoparental: donde el padre o la madre viven sin pareja, con los hijos, ya sea por motivos de viudez, separación, divorcio, u otras causas.
- o Unipersonal: donde sólo es una persona adulta.
- o No familiar: personas que viven juntos, pero que no tienen relaciones de parentesco.

De las 141 familias entrevistadas encontramos que 64 son de tipo nuclear, 38 monoparental, 18 unipersonal, 17 extensa y cuatro no familiar. En el gráfico de abajo podemos observar estos datos porcentualmente.

Figura 8. Distribución proporcional según tipo de familia



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Educación

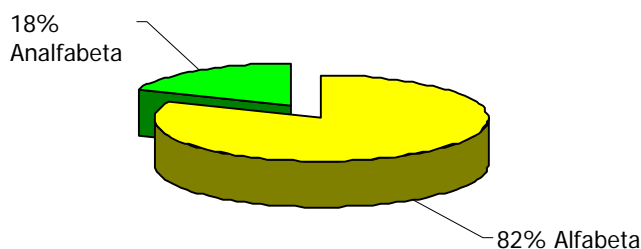
Uno de los más importantes indicadores del grado de desarrollo socioeconómico de una nación radica en el nivel educativo de su población, ya que la falta de instrucción elemental de sus habitantes los lleva a considerarlos como analfabetas.

La educación que se imparte a los hombres y a las mujeres dentro del sistema educativo nacional les permite obtener los conocimientos, las habilidades y las aptitudes requeridos para su desarrollo individual, familiar y social. En el aspecto laboral, una mayor educación se vincula con el incremento de expectativas personales, proyección en el trabajo, ingresos mejores, etc., contribuyendo más eficientemente al progreso social y económico del país.

En México, para determinar el grado de analfabetismo es necesario conocer la condición de analfabeta. Así, en términos generales, el censo general de población y vivienda considera como "analfabetas a los que han pasado de la edad escolar y no saben leer ni escribir" (INEGI, 2006).

En la población de estudio mayor de quince años, en ambos sexos, encontramos los datos correspondientes a analfabetismo y alfabetismo que a continuación se muestran:

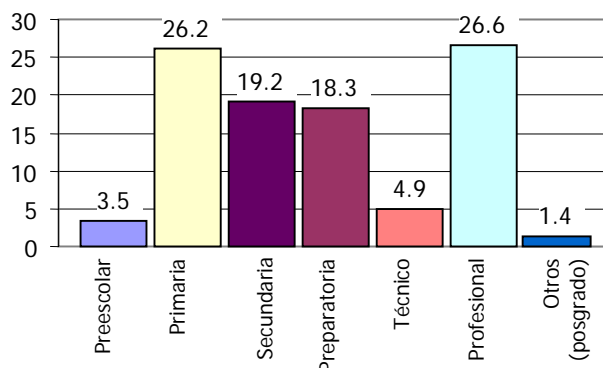
Figura 9. Distribución porcentual de analfabetismo y alfabetismo por sexo



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

En cuanto al nivel de escolaridad identificamos entre la población de estudio mayor de cuatro años los datos que se muestran en el gráfico siguiente. Cabe señalar que se incluye en cada rango a personas con el grado concluido o bien a aquellos individuos que se encuentran cursando el grado referido.

Figura 10. Distribución porcentual de la población mayor de cuatro años Según grado de escolaridad



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Vivienda

La vivienda es el espacio físico donde los miembros de las familias estructuran y refuerzan sus vínculos a lo largo de distintas etapas del curso de vida. Asimismo, la vivienda es un espacio determinante para el desarrollo de las capacidades y opciones de las familias y de cada uno de sus integrantes.

La población que habita en viviendas que carecen de los servicios básicos, construidas con materiales precarios, de tamaño inadecuado, que no poseen el equipamiento básico para su adecuado funcionamiento, está expuesta a mayores impedimentos para gozar de una vida larga y saludable, al tiempo que encuentra mayores obstáculos para realizar sus potencialidades en ámbitos como la educación o el empleo.

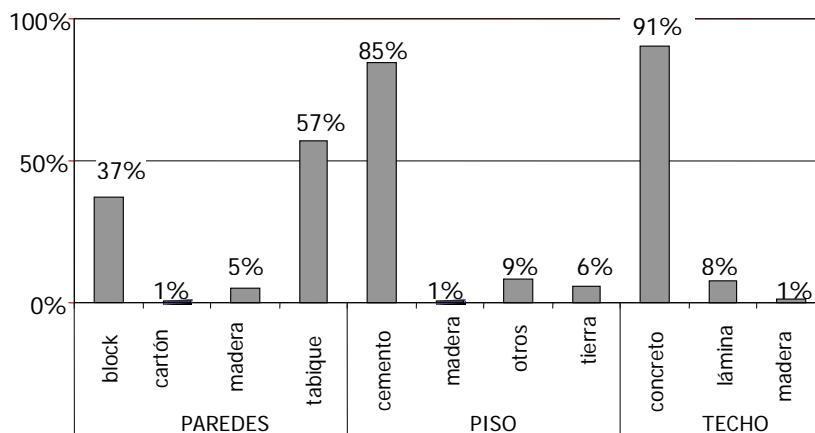
Materiales de construcción de pisos, techos y paredes

Para evaluar las condiciones de las viviendas que se encuentran en el área de influencia del Centro de Salud, buscamos diferentes características entre ellas y en primer término, los materiales de construcción predominantes en las paredes, pisos y techos.

Para fines de este estudio consideraremos una vivienda adecuada cuando presente las características siguientes: Paredes de block y tabique; piso de cemento y otros (lozeta); techo de concreto. La vivienda la

consideramos inadecuada cuando esté construida con materiales diferentes a los anteriores. Los datos encontrados son los que se muestran en la figura siguiente.

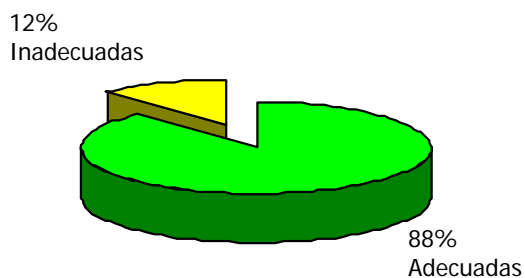
Figura 11. Características de las viviendas según materiales de construcción



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

De lo anterior, dependiendo de los materiales predominantes en las casas, podemos puntualizar que 88 por ciento de las viviendas son adecuadas y doce por ciento inadecuadas. De estas últimas encontramos que 33 por ciento presentan algún material inconveniente; otro 33 por ciento muestran materiales inadecuados en dos partes de la casa (de las tres que se están valorando). Y, 74 por ciento de las viviendas inadecuadas están construidas con materiales impropios en paredes, techo y piso.

Figura 12. Proporción de viviendas adecuadas e inadecuadas según materiales de construcción predominante



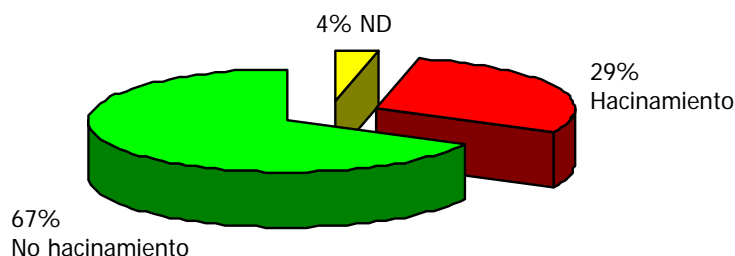
Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Nivel de hacinamiento

El hacinamiento compromete la privacidad de las personas, al tiempo que genera espacios inadecuados para la convivencia, el estudio y el esparcimiento, entre otras actividades esenciales para el desarrollo de las personas. Conforme a lo establecido por diversos organismos internacionales, se considera que en una vivienda existe hacinamiento cuando duermen en un cuarto más de dos personas. En consecuencia, se consideró a una vivienda con hacinamiento si ésta presentaba un número de tres o más residentes por cuarto (sin contar la cocina exclusiva).

En las viviendas del área de influencia encontramos 29 por ciento de las viviendas con hacinamiento. Enseguida podemos apreciarlo gráficamente:

Figura 13. Distribución de viviendas según de nivel de hacinamiento

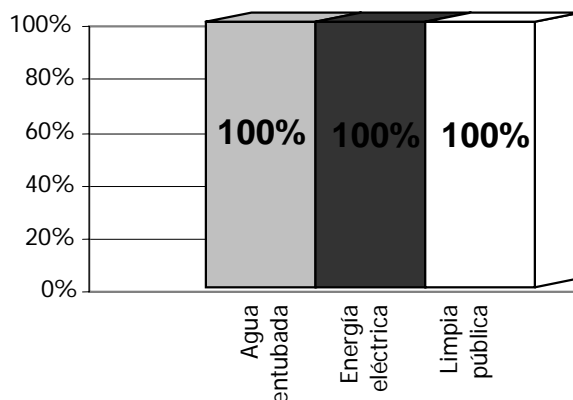


En conclusión, en cuanto a los dos anteriores rubros expuestos en lo relativo a viviendas adecuadas, podemos concluir, en función de las casas inadecuadas por el tipo de material de construcción inconveniente y que, además, presentan hacinamiento conforman siete por ciento del total de hogares.

Servicios públicos

Se obtuvo la información correspondiente a los servicios públicos como son agua entubada, energía eléctrica y limpia pública con los que cuentan en el área de responsabilidad. Y como puede apreciarse, todas las viviendas cuentan con servicios públicos referidos.

Figura 14. Distribución porcentual de viviendas según de nivel servicios públicos



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Estilos de vida

Entendidos como el conjunto de decisiones individuales que pueden afectar a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud señala que el comportamiento influye de forma decisiva en el estado de salud de los individuos y de los pueblos. La salud puede mejorar de forma notoria si se evitan factores de riesgo como son el consumo de alcohol, el uso de drogas, la falta de ejercicio, la dieta inadecuada, el estrés o el tabaco.

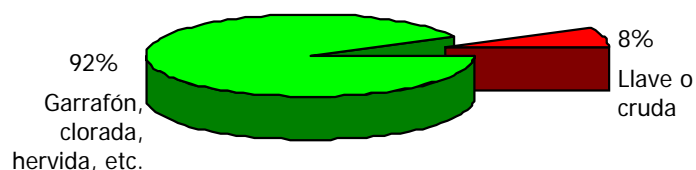
Higiene de alimentos

En nuestro país, una de las causas más importantes de las parasitosis y enfermedades diarreicas son el consumo de alimentos contaminados.

Condiciones sanitarias del agua para su ingesta

El agua entubada con la que cuentan las viviendas del área de responsabilidad del C.S. "Dr. Gastón Melo" no es potable, es decir, no es apta para el consumo humano. Con el levantamiento de la cédula pudimos informarnos la fuente de la que obtienen las personas el agua para su ingesta. De los datos recabados sabemos que 92 por ciento de las personas beben agua apta y sin riesgo para el consumo humano; no obstante 8 por ciento de los habitantes de dicha área refieren consumir el agua directamente de la llave, sin tratamiento alguno, por lo que ponen en riesgo su salud con los microorganismos patógenos contenidos en el líquido que se encuentra generalmente contaminado. (ver figura 15).

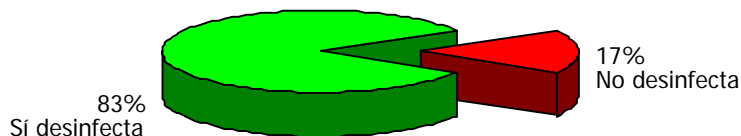
Figura 15. Distribución porcentual de personas según fuente de consumo de agua



Desinfección de alimentos

Si bien, ya describimos la situación del consumo de agua potable; en este apartado nos referimos a la desinfección adecuada de frutas y verduras crudas. Para el presente diagnóstico consideramos adecuado el uso de cloro o plata coloidal para tales efectos. A continuación se presenta gráficamente la proporción de personas que desinfectan los alimentos y aquellas que no lo hacen.

Figura 16 . Distribución porcentual de personas, según desinfección de alimentos



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

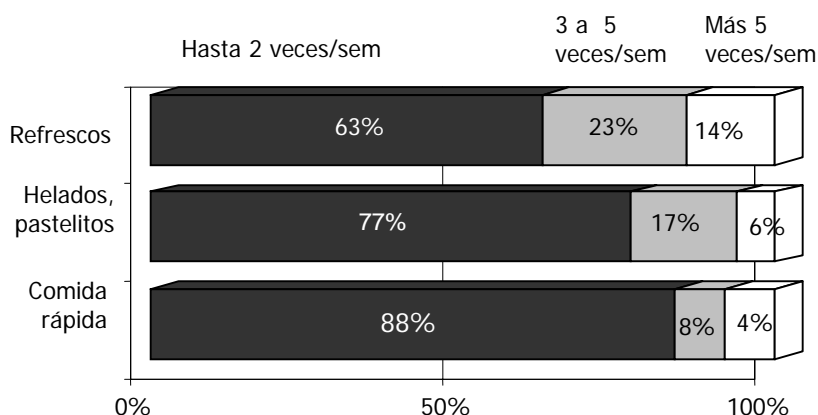
Hábitos alimentarios inadecuados

La gente modifica sus esquemas alimentarios y de actividad tradicionales por aquellos patrones conductuales que le impone la sociedad, influenciados por los medios de comunicación y el *marketing* de los alimentos. Los cambios más notorios y más nocivos son las preferencias por alimentos con alto contenido de hidratos de carbono simples y grasas saturadas; así como con menos fibra; además de una gran demanda de alimentos industrializados; por tanto, para conocer los hábitos alimentarios de la población en estudio se preguntó la

frecuencia de consumo de alimentos o productos que contienen alto contenido de nutrimentos poco recomendables para una dieta saludable o de bajo riesgo.

Se consideró para el presente estudio que el consumo de estos alimentos en una frecuencia de más de 5 veces por semana, coloca al individuo en riesgo alto; si el consumo es de tres a cinco veces por semana, la persona está en riesgo medio; pero si es de dos ó menos veces a la semana le consideramos riesgo bajo o nulo. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

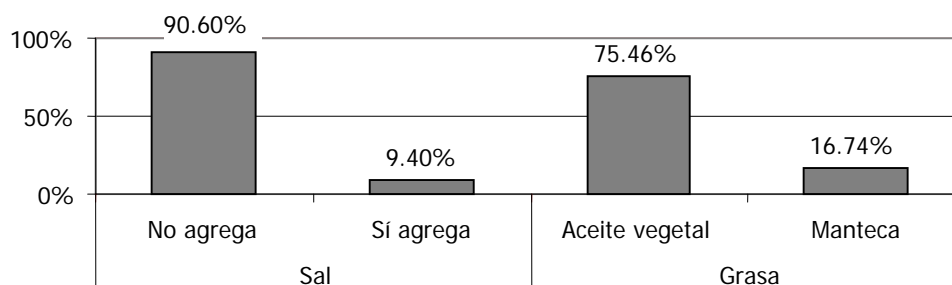
Figura 17. Distribución porcentual de personas según frecuencia de consumo de productos alimentarios



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Además de los alimentos vistos, asimismo preguntamos la preferencia de tipo de grasa (manteca o aceite vegetal) utilizada normalmente para cocinar. Y también la costumbre o no de agregar sal a los alimentos una vez servidos en la mesa.

Figura 18. Distribución porcentual de personas según hábitos alimentarios.



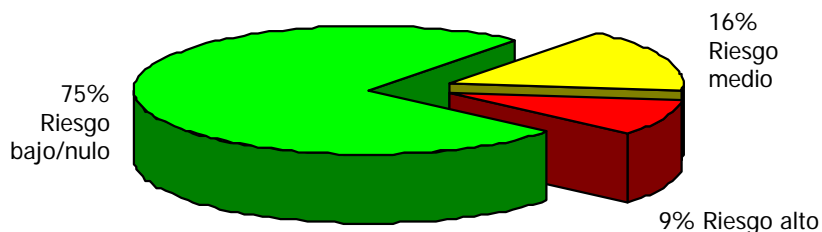
Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Cuando las personas contestaron que cocinaban con aceite y no ponían sal a la comida después de servida en la mesa, se consideró que la persona se encuentra sin riesgo para ciertos padecimientos como: colesterol, hipertensión, dislipidemias, etc.

En el caso contrario: cocinar normalmente con manteca y adicionar sal a la comida cuando ya está servida a la mesa, se le consideró factor de riesgo para ciertas patologías como las mencionadas anteriormente.

Con lo anterior podemos concluir el nivel de riesgo en el que se encuentra la población del área de influencia del C.S. Gastón Melo, debido a sus hábitos alimentarios. Encontramos que 81 por ciento de las personas manifiestan prácticas dietéticas recomendables para la salud; sin embargo, 19 por ciento está exponiendo su salud con su alimentación inadecuada. En un nivel de riesgo medio se encuentra diez por ciento de la población y a nivel de riesgo alto nueve por ciento. Ver figura siguiente:

Figura 19 . Riesgo presentado por hábitos alimentarios inadecuados



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Sedentarismo

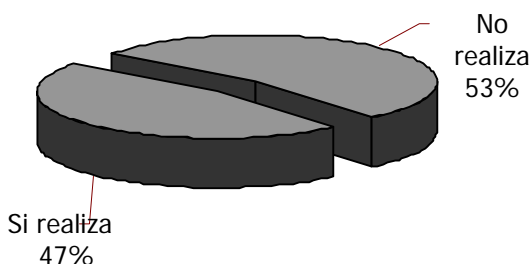
El sedentarismo es la falta de actividad física, entendida ésta como la realización de algún ejercicio o deporte por lo menos durante 30 minutos, tres veces por semana.

Está ampliamente comprobado que los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Según las conclusiones preliminares de un estudio de la OMS sobre factores de riesgo, los modos de vida sedentarios son una de las diez causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. Datos de esa organización revelan que aproximadamente dos millones de muertes pueden atribuirse cada año a la inactividad física.

El sedentarismo aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Aumenta el riesgo de hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad. Además, es uno de los factores de riesgo para padecer cáncer de colon y de mama, entre otros (OPS/OMS, 2003).

En el área de influencia pudimos detectar que del total de la población 24 por ciento conforma el grupo de bebés y niños pequeños (menores de seis años); así como datos perdidos. Del porcentaje restante (76 por ciento), conformado por personas que están en posibilidad de realizar algún tipo de actividad física, 53 por ciento manifestó no realizar actividad física alguna.

Figura 20. Distribución porcentual de personas según práctica de actividad física



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Tabaquismo

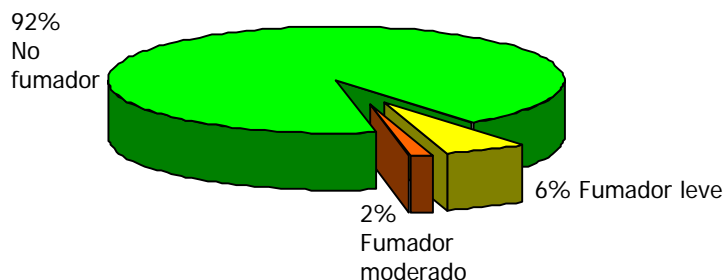
El tabaquismo es una condición patológica que predispone para otras morbilidades crónico degenerativas. Para efectos de este diagnóstico consideramos la siguiente clasificación para determinar, según la frecuencia de consumo de tabaco, el riesgo a la salud que esta adicción muestra:

Cuadro 6. Clasificación de persona que consume tabaco

Clasificación de persona que consume tabaco	Riesgo
No fumador: individuo que nunca en su vida ha consumido cigarrillos.	Sin riesgo
Fumador leve: persona que consume una cantidad no superior a cinco cigarrillos en promedio por día.	Riesgo leve
Fumador moderado: individuo que consume una cantidad de seis a quince cigarrillos en promedio por día.	Riesgo moderado
Fumador severo o dependiente: persona que consume una cantidad igual o mayor a seis cigarrillos por día.	Riesgo severo

Enseguida se muestran gráficamente los porcentajes de individuos respecto al hábito de fumar tabaco. Como se puede observar, 92 por ciento de las personas manifestaron no fumar; seis por ciento manifestó fumar menos de cinco cigarrillos al día, por lo que consideramos que se encuentran en riesgo leve y solamente dos por ciento aceptó ser fumador moderado, es decir consumir de seis a quince cigarrillos al día. No encontramos una sola persona que indicara fumar 16 o más cigarrillos al día. Por tanto, podemos considerar que el tabaquismo no parece ser un factor de riesgo para la salud.

Figura 21. Distribución de personas según hábito de fumar tabaco



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Alcoholismo

El alcoholismo es también una condición patológica predisponente para otras morbilidades crónico degenerativas; y puntualmente para hepatopatías, como la cirrosis hepática, que en un alto porcentaje en nuestro país, tiene su etiología alcohólica.

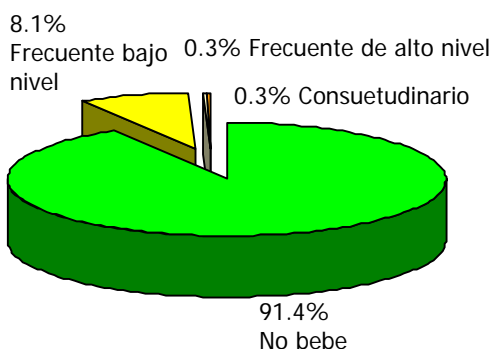
Dependiendo la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol determinamos los diferentes niveles de bebedores y el nivel de riesgo correspondiente:

Cuadro 7. Clasificación de personas según frecuencia y cantidad de consumo de alcohol

Clasificación de persona que consume alcohol	Riesgo
No bebe: nunca ha consumido alguna copa completa de alcohol.	Sin riesgo
Frecuente de bajo nivel: toma de una a cuatro copas por lo menos una vez a la semana, nunca toma cinco copas o más en una sola ocasión.	Riesgo leve
Frecuente de alto nivel: toma alcohol por lo menos una vez a la semana y cuando toma de cinco copas o más por ocasión lo hace cuando mucho de una a tres veces por semana.	Riesgo moderado
Consuetudinario: toma diariamente y por lo menos una vez a la semana se toma cinco o más copas en una sola ocasión	Riesgo severo

Con esta clasificación se puede mencionar que, según lo que mencionaron las personas encuestadas, 91.4 por ciento no son bebedoras. Sólo 8.1 por ciento manifestaron beber de una a cuatro copas por lo menos una vez a la semana y nunca tomar cinco copas o más en una sola ocasión. Por lo tanto, podría mencionarse que existe riesgo leve en cuanto a esta adicción. A continuación se muestra la gráfica correspondiente.

Figura 22. Distribución porcentual de personas según hábito De consumo de alcohol



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud

Con base en el llamado *sistema de creencias* que tienen las personas para mantener la salud o curarse, en caso de estar enfermos, proponemos este apartado para conocer valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud que tiene la población.

Sabemos que a pesar del esfuerzo oficial para la prevención de enfermedades o la promoción de la cultura del autocuidado, éste no produce impacto deseado en las personas para modificar esas *creencias*.

El desapego o falta de interés para acudir a los servicios de salud conlleva a la pérdida de oportunidad para la prevención o atención oportuna de patologías diversas. Incluso, en ocasiones en que sí se acude a la atención sanitaria de primer nivel y recibir consejos o prescripciones médicas, algunas personas continúan haciendo lo que piensan o consideran más adecuado para su salud (Di Nicola, 1994:33-37).

Enseguida mostramos los diferentes motivos expresados para conocer ese *sistema de creencias* de la población del área de responsabilidad; sin perder de vista que este sistema de creencias, es un entramado complejo de supuestos y realidades inobjectables.

Motivo de consulta a los servicios de salud

Para saber cuál es la causa más frecuente por la que las personas acuden a cualquier tipo de servicio médico se recogió una de las siguientes opciones:

1. Consulta sanos, cuando las personas acuden a revisión médica, sin estar enfermos.
2. Cita programada, cuando una persona con alguna patología acude a revisión programada.
3. Por enfermedad; significa que sólo acude al servicio de salud cuando se siente mal o está a. enfermo.
4. Urgencias, como su nombre lo indica, sólo en caso de urgencia asiste a algún servicio de i. salud.

Los porcentajes de la población encontrados se exponen en el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Distribución porcentual según motivo de consulta a los servicios de salud

Motivo	%
Consulta sanos	11
Cita programada	20
Por enfermedad	65
Urgencias	4

Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Por tanto, podemos concluir que, 31 por ciento tiene una cultura de prevención y autocuidado, mientras que casi 70 por ciento acude por enfermedad aguda o en caso de urgencia.

El modelo de creencias de la salud propuesto por Baker menciona que la decisión de realizar una acción de tipo preventivo depende en última instancia de una especie de motivación a la salud que aunque se encuentra indudablemente influenciada por los mensajes, las informaciones y del sistema profesional de atención, obtiene sus contenidos de la experiencia subjetiva del individuo y de sus condiciones socioculturales (Di Nicola, 1994:38).

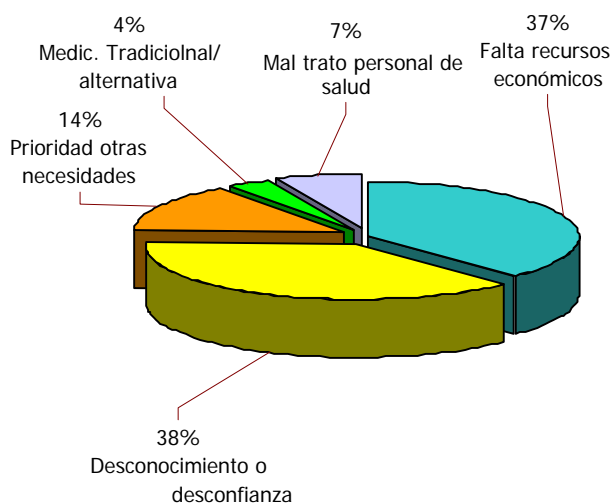
Desapego a los servicios de salud

Un método para influir en la demanda y reducir gastos y procedimientos innecesarios en los servicios de salud, ha consistido en exigir que los pacientes paguen parte del costo de la atención; se puede cobrar al paciente un costo mínimo por el acceso al sistema de atención en salud y una proporción de todos los costos subsiguientes. Esta distribución de costos reasigna al paciente parte de la responsabilidad del empleo acertado de recursos y, al mismo tiempo, activa su interés en reducir los costos (OPS, 1989:34-38), y aunque esto, en teoría, es adecuado, observamos que casi 40 por ciento de personas refieren desapego para acudir a los servicios de salud es por falta de recursos económicos.

En proporción similar al punto anterior, la población indica desconocimiento o desconfianza de la atención proporcionada por los servicios.

El tercer dato que cabe resaltar es que 6.6 por ciento de personas expresaron que han sido maltratadas por el personal de salud. Adelante se relaciona este factor con el tipo de cobertura a la que pertenecen las personas que expresaron maltrato.

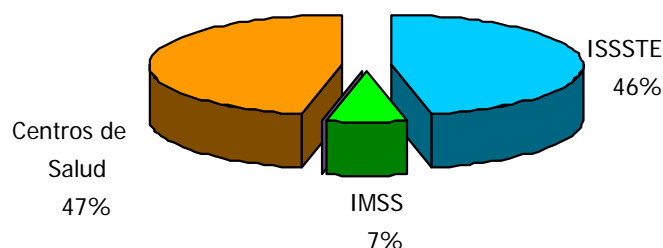
Figura 23. Factores de desapego de la población para acudir a los servicios de salud



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006

Lo que se puede observar en el gráfico siguiente es que de aquéllos que manifestaron como causa de desapego el maltrato por el personal de salud (6.6 por ciento), casi 50 por ciento de la población es responsabilidad de los servicios de salud de Veracruz.

Figura 24. Proporción de personas que manifestaron maltrato por los servicios de salud según cobertura de salud con la que cuentan

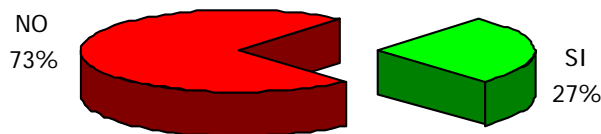


Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Conocimiento de organización comunitaria

La figura que se presenta a continuación muestra la proporción de personas que tienen o no conocimiento de algún comité de salud en la comunidad. Recordemos que teóricamente cada núcleo básico de contar con un Comité.

Figura 25. Proporción de personas que conocen algún Comité de Salud



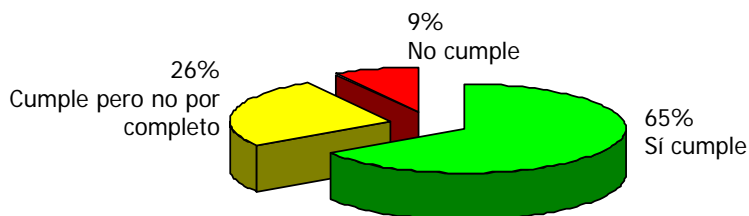
Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Cumplimiento a las citas e indicaciones médicas

En el modelo de creencias relativas a la salud adaptado para explicar los factores que influyen en la incorporación de modelos de comportamientos específicos del rol del enfermo, se afirma que la probabilidad de que un sujeto se atenga a las prescripciones del médico y que, en última instancia, una vez que ha asumido su papel de enfermo, se comporte consecuentemente, dependerá no sólo de las variables socioculturales y de la valoración global que el sujeto hace de su condición, sino incluso, del tipo de relación que el paciente alcance a establecer con el médico y de la confianza que, en general ponga en los médicos y la medicina.

En el presente estudio, de las personas que acuden a cualquier tipo de consulta médica, 65 por ciento respondió que sí cumple (que sigue al pie de la letra con las indicaciones y asiste a sus consultas programadas); poco más de 26 por ciento manifestó cumplir, pero no por completo (hace caso de algunas indicaciones y otras no y a veces no acude a las citas programadas); y, nueve por ciento dijo no cumplir, es decir que olvida las citas y/o abandona los tratamientos sin consultar. En la figura siguiente podemos apreciarlo:

Figura 26. Cumplimiento de las indicaciones médicas y a la consulta programada



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS . Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Factores de riesgo del ambiente económico

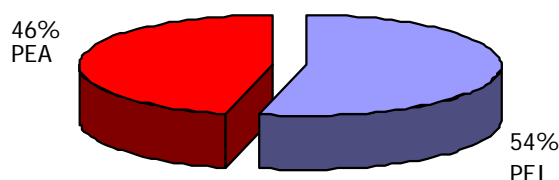
En muchos casos habrá que dar prioridad entre distintos pacientes, tratamientos, habrá que determinar cuántos médicos, pacientes, administradores, clínicas, hospitales, etc., hacen falta; la asignación de los recursos para resolver los problemas sanitarios es un problema complejo y de múltiples vertientes; una solución posible es recurrir al mercado y dejar que los precios competitivos cumplan su función equilibradora; pero ¿qué sucede cuando el mercado falla? (como usualmente sucede en la salud y la educación); entonces el racionamiento del Estado y de los recursos tiene su obligada aparición. El racionamiento a través de los precios depende de dos factores, la necesidad subjetiva de cada individuo y su poder adquisitivo (Gisbert, 2002:115); este último factor se considera inaceptable, al menos para la salud. Según Sen (premio Nobel de economía), la salud constituye una de las capacidades básicas a las que todo el mundo debería de tener

igualdad de acceso. Por ende la distribución de recursos debería de realizarse sin distinciones, de modo imparcial, únicamente atendiendo a la única característica relevante de contexto, *la necesidad*.

Descripción de la población desde el punto de vista económico

El potencial de trabajo correspondiente a la muestra poblacional del área de influencia del Centro de Salud comprende 415 individuos lo que, porcentualmente, engloba 79.35 por ciento de la muestra total. Para la población económicamente activa (PEA) corresponden 191 individuos; mientras que 224 personas pertenecen a la población económicamente inactiva (PEI). Es decir 54 y 46 por ciento, respectivamente tal como se represente en el siguiente gráfico.

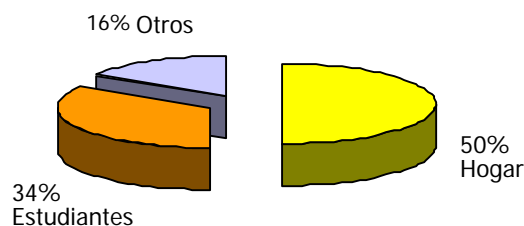
Figura 27. Distribución porcentual de potencial de trabajo según condición de actividad económica



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

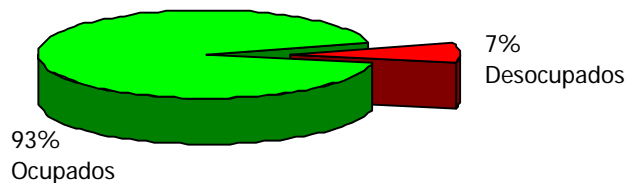
Como podemos apreciar en la figura siguiente, la PEA se divide porcentualmente en siete por ciento y 98 por ciento para desocupados y ocupados, respectivamente; mientras que, la PEI se fracciona en 16 por ciento, representado por los jubilados; 34 por ciento son estudiantes y 50 por ciento se dedican al hogar.

Figura 28. Distribución porcentual la PEA según condiciones de ocupación



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Figura 29. Distribución porcentual la PEI según condiciones de ocupación

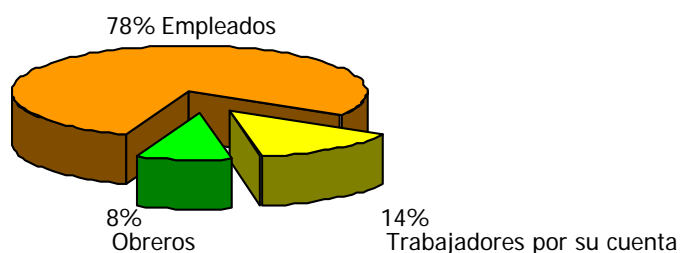


Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

Población ocupada por situación en el trabajo

Las características encontradas en la PEA ocupada por situación en el trabajo son las siguientes: 78 por ciento son empleados, catorce por ciento trabajan por su cuenta, refiriéndose a profesionistas que ofrecen sus servicios particulares o bien comerciantes. Y ocho por ciento son obreros, especialmente trabajadores de la construcción, es decir albañiles.

Figura 30. Distribución porcentual de la población ocupada por situación en el trabajo



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Población ocupada por sector de actividades

Como podemos apreciar en el cuadro siguiente, casi 90 por ciento de la PEA ocupada pertenece al sector terciario de las actividades productivas.

Cuadro 9. Distribución de la PEA ocupada según sector de actividad

Salario mínimo	No supo/ no dijo	Uno o menos	Más de 1 hasta 2	Más de 2 menos de tres	De 3 a 5	Más de 5	total
No.	49	16	43	24	28	17	177
%	28	9	24	13	16	10	100
% Acumulado	28	37	61	74	90	100	100

Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Población Ocupada según ingreso por trabajo en salario mínimo

Un elemento que se utiliza para medir el nivel de bienestar de una persona o de un hogar es el ingreso. Cuando se habla del ingreso de una persona el concepto es bastante claro y se refiere a los bienes que recibe ésta a cambio de permitir el uso de los factores productivos que posee por otras personas o entidades. Cuando se toma el hogar como unidad de análisis la suma del conjunto de ingresos de los miembros de un hogar se considera como el ingreso del hogar.

Con base en el salario mínimo vigente para el 2005⁵, y correspondiente al área geográfica C, donde se encuentra ubicado el municipio de Xalapa, preguntamos el ingreso por persona y podemos concluir que casi 65 por ciento de la población ocupada tiene un ingreso mensual de menos de tres salarios mínimos y aproximadamente 35 por ciento de esta muestra poblacional manifestó percibir más de tres salarios mínimos mensuales. Cabe acotar que un 28 por ciento de personas, sobre todo empleados, que manifestaron no conocer el ingreso mensual por trabajo realizado o simplemente no quisieron proporcionar el dato.

Cuadro 10. Distribución porcentual de la población ocupada según ingreso mensual

Sector Actividad	Primario	Secundario	Terciario	Total
No. personas	0	22	155	177
%	0	12.4	87.6	100

Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006.

Daños a la salud

Mortalidad general

Tasa bruta de Mortalidad (TBM)

La TBM expresa el número de defunciones por cada 1000 habitantes en un año determinado. Según datos proporcionados por la jurisdicción Sanitaria No. V, SESVER, la TBD es de 3.74 por 1000 hab. para el municipio de Xalapa y el año 2004.

Mortalidad específica por causa

Cuadro 11. Principales causas de mortalidad para el municipio de Xalapa, Ver., en el 2004

Causas	Tasa / 100,000 hab.	%
Enfermedades del corazón	259	62.4
Enfermedades isquémicas del corazón	132	31.8
Tumores malignos	245	59.0
Diabetes Mellitus	182	43.9
Enfermedades del hígado	100	24.1
Enfermedad alcohólica del hígado	34	8.2
Influenza y Neumonía	84	20.2
Accidentes	77	18.6
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	18	4.3
Ahogamiento y sumersión accidentales	5	1.2

Fuente: Jurisdicción Sanitaria No. V. SESVER. 2004.

⁵ Ver URL de SAT: http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/asistencia_contribuyente/informacion_frecuente/salarios_minimos/45_5117.html (enero 12 de 2006).

Morbilidad general

Tasa bruta de morbilidad

La morbilidad general está expresada en el número total de casos existentes de todas las enfermedades entre la población total en un momento determinado por 1000. Por tanto, la morbilidad general resultante de los datos obtenidos, a través de las cédulas de micro diagnóstico aplicadas, es: Tasa 474/1000 habitantes.

Tasa de Incidencia

Número de casos nuevos de una enfermedad entre población expuesta a riesgo en un período de tiempo por 1000.

Prevalencia

La prevalencia se refiere al número de casos existentes de una enfermedad en particular entre población total en un momento determinado por 1000. El siguiente cuadro expresa la prevalencia de patologías específicas reportadas en el levantamiento de las cédulas para fines del presente diagnóstico.

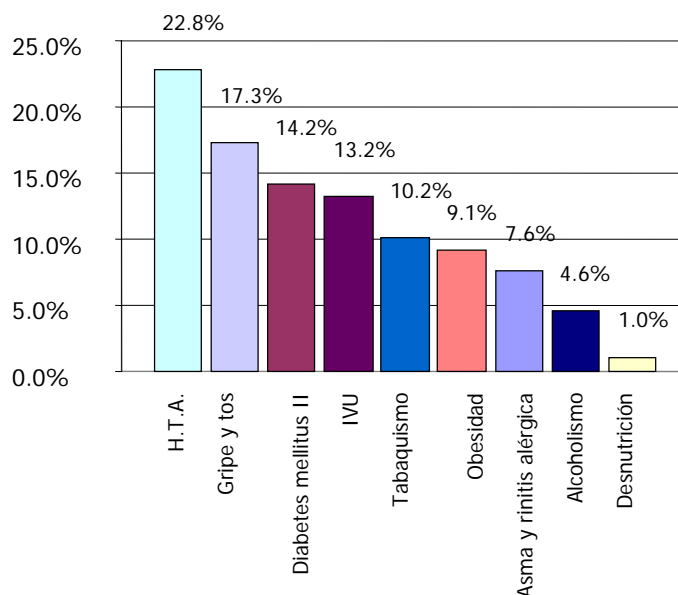
Cuadro 12. Proporción de principales morbilidades percibidas en el área de influencia del CSU Dr. Gastón Melo

Morbilidad	Tasa / 1000 hab.
Otros	97.5
Hipertensión Arterial (H.T.A)	86.0
Gripe y tos	65.0
Diabetes mellitus II	53.5
Infecciones de Vía Urinarias (IVU)	49.7
Tabaquismo	38.2
Obesidad	34.4
Alcoholismo	28.7
Asma y rinitis alérgica	17.2
Desnutrición	3.8

Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo.
Dic 2005 – ene 2006.

Cabe mencionar que las morbilidades agrupadas en el apartado de otros, refiere innumerables causas como son: angina de pecho, artrosis y artritis, tifoidea, gastritis, hepatitis, prostatitis, tromboflebitis, neuropatías, infecciones renales, TDAH (Trastorno de Deficiencia de Atención e Hiperactividad), entre otras. Todo lo anterior podemos apreciarlo gráficamente en la siguiente figura.

Figura 31. Distribución porcentual de principales morbilidades percibidas



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS "Dr. Gastón Melo". Dic 2005 – ene 2006

Recursos para la salud

La Secretaría de Salud (SSA) tiene como objetivo, entre otros, brindar atención en salud a la población que carece de seguridad social; cuenta para ello con recursos humanos, materiales y físicos que permiten otorgar un adecuado servicio a la comunidad que así lo demanda. En cualquier estrategia para movilizar recursos tendientes a lograr salud para todos se debe de dar importancia a la equidad; ello implica que las autoridades encargadas de formular políticas deben de preocuparse no sólo por quién se beneficia de los programas de salud sino también por quien los paga. El problema que la equidad plantea esta en relación con los métodos empleados para obtener insumos para los programas públicos. Los ingresos del Estado provienen, al final de cuentas, de las personas y las familias por medio de varias formas de tributación. En los países menos desarrollados, los gobiernos dependen mucho de los impuestos indirectos, que representan una pesada carga para quienes deben de gastar parte de sus ingresos en bienes gravables. Por tanto, los pobres generalmente salen perjudicados. Los impuestos pueden ser entonces una forma inequitativa de recaudar fondos para costear las estrategias nacionales de salud para todos. Esto es importante donde la distribución de servicios es desigual. Las personas sin acceso a los servicios pueden estar pagando impuestos para financiar aquellos de los que disfruta sobre todo la población urbana. (OPS, 1989: 34-38).

Los Sistemas de Salud para el cuidado de la misma, envuelve una serie de recursos fundamentales ya sean humanos, planta física, materiales y financieros (INSP, 2001:1).

Recursos del CSU Dr. Gastón Melo

El CSU Dr. Gastón Melo, cuenta con once núcleos básicos, área de estomatología (odontólogos), nutrición, psicología, (área médica y paramédica: 30) trabajo social (dos), promoción de la salud (dos), enseñanza (una), laboratorio de análisis clínicos (21), estadística e informática (cuatro), farmacia, almacén y caja, área de inmunizaciones y curaciones (25 enfermeras), módulo de información; la unidad cuenta con la sede estatal de la residencia de medicina familiar y es el primer centro urbano que cuenta con un modelo integral

de atención mental (personal médico y de enfermería se encuentra capacitado para detectar y manejar de manera ambulatoria los casos captados de la consulta externa, antes de ser referidos a segundo y/o tercer nivel de atención).

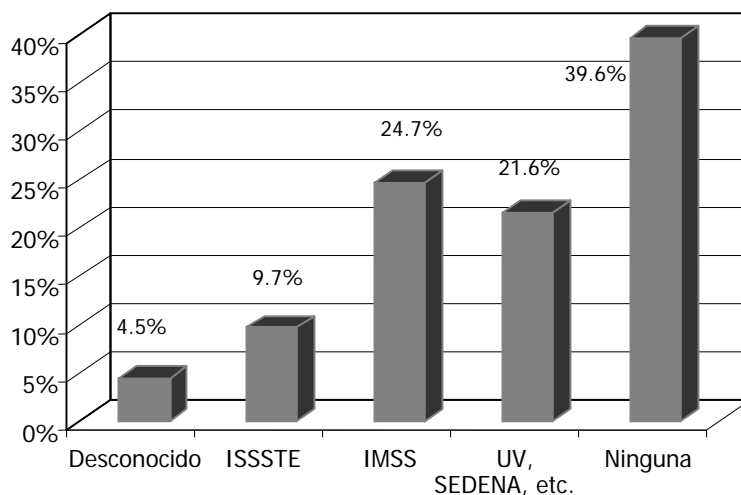
Cuenta con dos aulas de usos múltiples, las cuales son utilizadas para la capacitación permanente del personal de la jurisdicción V. Se tienen programados cursos y talleres permanentes para grupos de ayuda mutua de diabéticos e hipertensos, embarazo saludable, club de madres; y para el personal médico de la unidad capacitación médica continua.

Cobertura en salud

El Sistema de Salud mexicano es un sistema mixto y fragmentado compuesto tanto de servicios públicos y de seguridad social, como de servicios privados. En cuanto al acceso a los servicios de salud, alrededor de 60 por ciento de las personas que tienen acceso a dichos servicios lo hacen a través de las instituciones públicas de la Secretaría de Salud y cerca de 40 por ciento (la población trabajadora en el sector formal) a través de las instituciones de seguridad social como son el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (Torres, 2003).

En la población del área de responsabilidad del Gastón Melo encontramos que casi el 40 por ciento de la población no cuentan con derechohabiencia, por tanto para el CS, es la población a que le correspondería brindar atención. Ver gráfico siguiente:

Figura 32. Distribución porcentual de población, según cobertura en salud



Fuente: cédulas de micro diagnóstico ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005-enero2006.

Gasto en salud

El pago de los servicios de salud del bolsillo es ineficiente y tiende a generar injusticias en el financiamiento, principalmente porque en un momento de enfermedad una persona no podrá negociar efectivamente el precio del servicio que recibirá ni elegir el de mejor calidad. Dado que siempre existe un elemento de incertidumbre en la pérdida de la salud, el gasto de bolsillo expone a las familias a un mayor riesgo de enfrentar gastos catastróficos⁶.

El gasto total en salud en México representa 5.8 por ciento del PIB, y aproximadamente 58 por ciento del gasto total en salud proviene del propio bolsillo de las familias (Torres, 2003).

Cuadro 13. Proporción de promedio gasto en salud mensual en pesos y porcentual en salarios mínimos según personal y familiar

Gasto mensual	\$	por ciento un salario mínimo
Personal	511.31	0.4
Familiar	1182.89	0.9

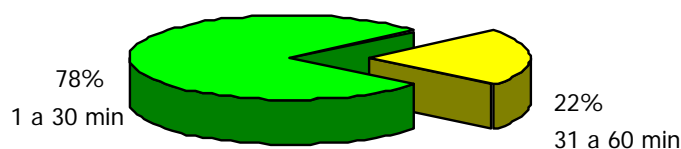
Fuente: cédulas de micro diagnóstico ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005- ene 2006

Acceso a los servicios de salud en tiempo de traslado

Para que una localidad se considere atendida por un centro de salud la población debe de realizar menos de 60 minutos de traslado en el medio habitual que la población utilice.

Como podemos observar en la gráfica siguiente toda la población manifestó ocupar no más de 60 minutos en el traslado al servicio de salud en el medio de transporte de uso normal.

Figura 33. Distribución porcentual de personas según tiempo destinado para el traslado al servicio de salud



Fuente: cédulas de micro diagnóstico. ISP-CS Dr. Gastón Melo. Dic 2005 – ene 2006.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de salud es el resultado de una investigación que permite conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, así como de los recursos con los que se cuentan para atacarlos (Álvarez, 2002:96).

Por tanto, nuestro propósito va dirigido a encontrar los diferentes factores de riesgo y condicionantes de la salud de la población desde una óptica integral: geográficos, ambientales físicos, demográficos, sociales,

⁶ Para un país en desarrollo como México se ha definido que 30% es el porcentaje del ingreso efectivo a partir del cual un gasto en salud se considera catastrófico. (Torres, 2003)

económicos, intermedios (estados mórbidos causantes de otras patologías), daños a la salud y conocer los recursos para la salud con los que se cuentan.

Tanto en salud como en el mercado históricamente se ha utilizado la estadística como instrumento matemático para proyectar el comportamiento a futuro, esta disciplina plantea que el futuro se construye de las decisiones que se toman hoy para ello se establece el muestreo y se infiere a través de una muestra representativa, un buen muestreo debe de contemplar la población, la muestra, el marco y el diseño del instrumento; este último es indispensable para el levantamiento adecuado de la información (Rosillo, SF).

En ocasiones no es posible realizar un censo por diferentes motivos, principalmente por razones económicas y por que el tamaño de la población es muy grande; por ello surge la muestra, que es una herramienta de investigación científica cuya función es determinar alguna parte de la realidad del estudio que deberá examinarse, con la finalidad de hacer inferencias sobre la población muestreada (Carrasco, 1983). Como ejemplo citamos que solo para el Estado de Veracruz, en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000); se refiere una muestreo de 1605 viviendas para los fines de estudio referido.

Inicialmente, mencionaremos las principales causas de morbilidad, en orden de frecuencia, halladas en el área de responsabilidad y que, coinciden en gran medida con las causas reportadas para el año próximo pasado. Estas patologías son la hipertensión arterial, infecciones respiratorias agudas, diabetes mellitus II, infecciones de vías urinarias, tabaquismo, obesidad, alcoholismo y desnutrición; además de casos puntuales de enfermedades tales como angina de pecho, artrosis y artritis, tifoidea, gastritis, hepatitis, prostatitis, tromboflebitis, neuropatías, infecciones renales, (trastorno de deficiencia de atención e Hiperactividad), entre otras.

Para dar explicación a estos daños reflexionamos los siguientes puntos rescatados en el proceso de la investigación y análisis: recordamos que el CSU DR. Gastón Melo se encuentra ubicado en el centro de la ciudad de Xalapa, por tanto la población del área de su responsabilidad se encuentra en zona urbana lo que trae consigo la ventaja de que se encuentre con la mayoría de los servicios públicos como son agua entubada (no potable), energía eléctrica y servicio de limpia pública; no obstante aún encontramos viviendas sin drenaje, aproximadamente trece por ciento (porcentaje similar al referido por la ENSA 2000, para localidades de más de 15,000 habitantes, con siete por ciento de fosa séptica y cinco por ciento sin drenaje), y si a esto le agregamos que ciertas viviendas están construidas con materiales precarios (ejemplo: encontramos seis por ciento de viviendas con piso de tierra, comparado con lo reportado en la ENSA 2000, de dos por ciento para el Estado de Veracruz), poco confortables e inadecuados para las inclemencias del tiempo y con problemas de hacinamiento siete por ciento, entonces es posible inferir que estos condicionantes ambientales y sociales y económicos influyen en gran medida a las infecciones respiratorias agudas.

Por otra parte, descubrimos 36 por ciento de personas que presentan sobrepeso y doce por ciento aproximadamente con algún grado de obesidad que si bien estas personas ya presentan esta patología, se encuentran en riesgo de desarrollar otra morbilidad.

Los datos obtenidos parecen estar acorde a los planteados por la FAO⁷, donde indica que en México y otros países de América Latina, más de la mitad de su población tiene sobrepeso y más del 15 por ciento es obeso (FAO, sñ).

Las personas obesas tienen un riesgo de 50 a 100 por ciento mayor de morir de todas las causas en comparación con la gente de peso adecuado. Para las personas obesas, el riesgo de sufrir enfermedad

⁷ FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

coronaria, presión arterial elevada, artritis de las rodillas y gota; así como cáncer de mama, de endometrio o de colon; trastornos hormonales, problemas de fecundidad y defectos del feto, se duplica.

El riesgo de diabetes y enfermedad de la vesícula es tres veces mayor para las personas obesas (Eberwine, 2002). Además junto a la obesidad podemos mencionar algunos estilos de vida poco convenientes para las patologías mencionadas y otras más. Estos estilos de vida desfavorables son la falta de actividad física, ya que encontramos que 53 por ciento de la población es sedentaria y 24 por ciento presenta algún riesgo por sus hábitos alimentarios inadecuados.

La inactividad física, independientemente de la grasa corporal, aumenta el riesgo de diabetes, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, presión arterial elevada y cáncer cérvicouterino, ovárico, vaginal o de colon (Eberwine, 2002).

Un elemento de llamar la atención es la falta de costumbre por parte de las mujeres que ya han iniciado su vida sexual, el realizarse periódicamente la prueba de la Detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino (DOC), ya que es una de las principales causas de morbilidad en nuestra población y casi 50 por ciento de las mujeres encuestadas mencionaron habérselo realizado hace más de un año o no habérselo practicado nunca.

La educación que se imparte a los hombres y a las mujeres dentro del Sistema Educativo Nacional les permite obtener los conocimientos, las habilidades y las aptitudes requeridos para su desarrollo individual, familiar y social (INEGI, 2006). En cuanto a la condición de alfabetismo, encontramos dentro de la población de estudio cerca de un 18 por ciento de analfabetas (personas mayores de quince años que han pasado de la edad escolar y no saben leer ni escribir) y 82 por ciento de alfabetas. Cabe mencionar que según la ENSA 2000 para México, existe una población alfabetada de 92 por ciento y una población analfabeta de ocho por ciento; lo que sitúa a esta población de estudio un diez por ciento por debajo de la cifra nacional de alfabetismo.

En referencia al grado de escolaridad de la población mayor de cuatro años, encontramos poco más de 25 por ciento de estudiantes o personas con instrucción básica (primaria), y también poco más de 25 por ciento hallamos individuos con nivel profesional o estudiantes de este grado académico. Recordemos que, en el aspecto laboral, una mayor educación se vincula con el incremento de expectativas personales de proyección en el trabajo, contribuyendo más eficientemente al progreso social y económico del país.

Para fines de la prevención y mantenimiento de la salud cabe mencionar que los primeros en adoptar los comportamientos sanitarios deseados y que tienen acceso a los servicios preventivos son los que tienen, en general, un nivel más alto de educación (OPS, 2003).

En cuanto a la cultura de prevención o autocuidado, encontramos que casi 70 por ciento de la población sólo asiste al servicio médico cuando se encuentra mal o en caso de urgencia. Asimismo, mencionaremos el punto que nos llamó la atención en cuanto a las personas que mencionaron no asistir al servicio de salud, pues en alguna ocasión recibieron maltrato por parte del personal de salud.

Recordemos que esta cultura de prevención y autocuidado no sólo dependerá de las variables socioculturales y de la valoración global que el sujeto hace de su condición, sino incluso, del tipo de relación que el paciente alcance a establecer con el médico y de la confianza que, en general ponga en los médicos y la medicina (Di Nicola, 1994:38).

Los economistas contemporáneos estudian la producción de la riqueza y del desarrollo; sin embargo la preocupación principal del análisis contemporáneo, en particular en las economías aún no desarrolladas satisfactoriamente, se dirige hacia el binomio desarrollo-distribución, (Rossetti, 1994: 334) esta se mantiene

ligada a la bifurcación de escasos recursos y necesidades ilimitadas; es decir está ligada al aprovechamiento óptimo de los escasos recursos disponibles y a la mayor eficiencia en el terreno de la distribución. Los economistas de la salud han evitado afrontar directamente las comparaciones en la elaboración de políticas públicas; el público en general considera inaceptable que se hable de delimitar prestaciones, de excluir a ciertos grupos, incluso cuestionar el principio de gratuidad, la obligación del estado y su deficiente papel en salud para con sus ciudadanos etc; pero en la práctica, todo esto se hace. Los recursos siguen siendo limitados, y el racionamiento, por medios más o menos encubiertos, se practica (Gisbert, 2002: 116); las interminables listas de espera, la escasez de medicamentos, la saturación de los servicios que expulsa a los usuarios a buscar solución en los servicios privados, medicina alternativa, etc. Sin embargo, la tarea pese a los limitados recursos hace inevitable la necesidad de racionar, y racionar en este contexto, significa priorizar las vidas de unos por encima de otros.

Por un lado se encuentra el concepto de demanda inducida (Gisbert, 2002: 71); donde aun los teóricos divididos (50 por ciento), no definen con claridad si existe o no la presencia de un comportamiento creador de demanda de la atención médica a favor de sus propios intereses (controles subsecuentes por programa y no necesariamente centrados en el paciente, registros falsamente incrementados, chequeos innecesarios, etc.), así es posible teóricamente esta demanda que produce la disponibilidad del servicio sanitario en el mercado. Por otro lado también surge el concepto de riesgo moral (Gisbert, 2002:71); que podría definirse como una expresión que se traduce en apatía del usuario del servicio médico con respecto a la cantidad de cuidado que necesita; es decir; como ya ha pagado los servicios previamente; puede ocurrir que demande y consuma por encima de lo que necesita (sobresaturando los servicios), y por otra parte preste menor atención a las precauciones o cuidados que de él dependen. Delegando la responsabilidad propia al sistema sanitario. En el caso de que el sistema de atención sanitaria sea financiada de forma pública, la situación de riesgo moral toma una dimensión más relevante, especialmente si se trata de un sistema financiado por los impuestos; por esto algunos métodos empleados son también la incorporación de un ticket moderador (Gisbert, 2002:73); o pago parcial por los servicios, donde se permite así limitar el crecimiento en gasto sanitario y constituye un freno para la demanda desmedida de la atención.

Recordemos que de la población estudio que sí respondió a su ingreso mensual, un aproximado al 61 por ciento de la población, recibe dos salarios mínimos o menos; si existe en la familia uno o dos integrantes que contribuyen al gasto familiar, este ingreso familiar en términos generales es obviamente pequeño; si a esto agregamos el gasto promedio en salud mensual familiar referido de casi un salario mínimo; podemos inferir que esta población, está cercana o inmersa en la categoría de incurrir en gastos catastróficos en salud.

El estado no puede mejorar las condiciones de salud de la población simplemente estableciendo servicios de salud o ampliando los existentes. La prevención y control de las enfermedades y el fomento a la salud deben de ser parte de un esfuerzo conjunto por mejorar el bienestar en general. Por tanto la atención de la salud debe apoyarse en mejoras de la estructura social, económica y con aportes de sectores distintos de la salud. Se acepta en general que la participación de la comunidad representa un principio esencial del enfoque de atención primaria en salud. Sin embargo en las propuestas de desarrollo presentadas por funcionarios públicos con frecuencia se hace caso omiso de estos sistemas populares. Al mismo tiempo se acepta ampliamente que las comunidades puedan desempeñar un papel importante en la identificación de problemas de salud y en la búsqueda de soluciones apropiadas y eficaces en función del costo.

La clara división de responsabilidades entre la comunidad y el sistema de salud, los mecanismos eficaces de apoyo mutuo son de importancia crítica para movilizar la plena cooperación de las comunidades locales para el fomento de la salud. (OPS, 1989: 82-88). Si recordamos que cerca del 73 por ciento de la población de estudio refiere no conocer la existencia de algún comité de salud en la comunidad, resulta sensato pensar, que esta fuente de participación social puede y debe de ser rescatada y apuntalada para transformar las condiciones de salud del área de influencia.

En cuanto al ámbito urbano, los programas promoción para la salud actúan en formas difíciles de predecir sobre estas nuevas y complejas mentalidades que se constituyen en las grandes ciudades, donde se entremezclan elementos de las tradiciones culturales propias de las regiones de procedencia de quienes fueron llegando a las ciudades en las distintas corrientes migratorias que tuvieron lugar a lo largo del siglo XX. En cada una de las numerosas subculturas que coexisten en el espacio urbano tiene lugar una peculiar elaboración de los mensajes emitidos por los medios masivos de comunicación (MASPA 1995) de ello deriva la importancia de que el centro de salud cuente con un promotor de salud por cada tres núcleos básicos como lo determina el Modelo de Atención en Salud para la Población Abierta.

Con el conocimiento y análisis de las condiciones apuntadas anteriormente nos permitiremos establecer prioridades de acción, proponer programas conducentes o incrementar los ya existentes.

RECOMENDACIONES

De lo observado en el proceso de esta investigación hacemos las siguientes recomendaciones:

1. Diseñar, programar y ejecutar talleres y pláticas informativas en los comités de salud, escuelas y en el propio Centro.
2. Utilizar el video con el que cuenta el Centro para la transmisión de videos informativos.
3. Hacer periódicos murales en el recinto del Centro de Salud.

Todo lo anterior con el objetivo de:

- Sensibilizar a la población femenina a realizarse la prueba del DOC constantemente.
 - Realizar campañas de difusión para coadyuvar a una cultura de prevención y autocuidado.
 - Hacer difusión intensiva de hábitos alimentarios adecuados y ofrecer mayor atención nutricional personalizada a todos los usuarios.
4. Realizar un tamizaje intensivo y constante para detectar sobrepeso y obesidad; así como DM II y HTA. A toda persona que llegue al CS será necesario pesar, medir y tomar la tensión arterial. Si fuera pertinente hacer una prueba de glucosa.
 5. Se propone el incremento del personal de promoción para la salud, para cumplir con el objetivo de un promotor por tres núcleos básicos.
 6. Fortalecer el área de trabajo social eliminando funciones innecesarias para propiciar un mejor desempeño que incida directamente en las desfavorables condiciones económicas de la población que lo requiera.
 7. Hacer talleres de sensibilización entre el personal del CS para brindar una atención de calidad.
 8. Promover los comités de salud comunitarios para crear una red que apoye a mantener la salud de la población. Se sugiere que cada núcleo básico al que le corresponde una enfermera de campo, una enfermera clínica, un médico y el promotor de salud correspondiente, contribuyan cada uno con al menos dos ciudadanos para conformar un comité de salud, así como calendarizar una reunión al menos cada quince días, para "conversar" y organizar esfuerzos orientados en tópicos de salud; y una reunión semestral en plenaria o con representantes ciudadanos, de todos los núcleos básicos para planear acciones de la totalidad del área de influencia. (como ejemplo: la elaboración del Dx para mantenerlo actualizado).

9. Y para dar seguimiento a esta propuesta de Diagnóstico, sugerimos realizar la actualización anual del Dx de las condiciones de salud con metodología similar a la planteada en este trabajo por ser factible en tiempo y costo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Alva, R. (2002). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. 3ª. Ed. México: El Manual Moderno
2. Anderson, P. (1998). The importance of theories in health care. En *Theories health care and research the importance*. British Medical Journal Octubre. 317 (10) 1007.
3. Carrasco, J.L. (1983). *El método estadístico en la investigación médica* (2ª ed). Ed Ciencia Tres.
4. CONAPO. Portal de internet . Recuperado el 19 de enero de 2006, de <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm>
5. Chávez, A., Jokin de Irala y M. De Chávez, M. (2002). *Capítulo 20: Cáncer* en Martínez, A. Et al. *Alimentación y Salud Pública*. Madrid: Mc Graw Hill e Interamericana.
6. Di Nicola, P. (1994). Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud. En Donati, P. *Manual de Sociología de la salud*. Madrid, ediciones Díaz Santos.
7. Diario Oficial de la Federación (9 de junio del 2000). *Norma Oficial Mexicana NOM- 031-SSA2-1999*, Para la atención de la salud del niño.
8. Eberwine, Donna. (2002) *Globesidad: una epidemia en apogeo*. En Perspectivas de Salud. Revista de la Organización Panamericana de la Salud, 7(3): 1-7
9. FAO. *Transición de la nutrición y obesidad*. En FOCUS. Recuperado 7 de enero de 2004, de <http://www.fao.org/Focus/s/obesity/obes2.htm>
10. Flores-Huerta, S. (1995). Desnutrición energético-proteínica en Casanueva, Esther et al. *Nutriología médica*. México: Fundación Mexicana para la Salud y Editorial Médica Panamericana.
11. Gisbert i Gelonch, R. (2002). *Economía y salud*. Barcelona: Masson.
12. INEGI. Portal de internet. Recuperado 19 de enero de 2006, de: <http://www.inegi.gob.mx>
13. INSP (2001). Recursos para la salud en unidades de la Secretaría de Salud, 2000. Salud pública México. Jul-ago 43 (4). Recuperado 19 de enero de 2006, de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400014&lng=en&nrm=iso
14. Isunza, A. (2004). *Obesidad en la pobreza: violación al derecho a la alimentación*. Argentina: Universidad de Favaloro. Recuperado 5 de julio de 2004. En: <http://www.nutrinform.com.ar/pagina/monografias.html>
15. Krupp, M.A. et al. (1986). *Diagnóstico clínico y de laboratorio*. México: Manual Moderno.
16. López Ramos, F. (2003). *Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico degenerativas*. México: Manual Moderno.
17. OPS (1989). *Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos*. Washington: OPS
18. OPS (2001). *Hoja informativa programa mujer, salud y desarrollo* . Cáncer Cérvicouterino Washington:OPS Recuperado el 19 de enero de 2006, de: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/CervicalCancerSP.doc>
19. OPS (2002). *Perfil del sistema de servicios de salud México*. Recuperado 18 de enero de 2006. En: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddemexico-ES.pdf>
20. OPS/OMS. (2003) *CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles)*. Recuperado el 19 de noviembre de 2005. En: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/CARMEN-doc2.pdf>
21. Robbins-Stanley, L. (1975) *Patología estructural y funcional*. México: Interamericana.

22. Rosillo, J.S. *Formulación y evaluación de proyectos de Investigación en mercado*. Capítulo 1. Recuperado el 30 de enero de 2006. En: <http://www.javeriana.edu.com>
23. Rossetti, J. P. (1994). *Introducción a la economía*. México: Ed. Harla.
24. SESVER (2000) *Guía metodológica básica para la atención médica familiar*. México: Dirección General de Regulación de los servicios de salud.
25. Sodeman, W. A. Jr. (1978) *Fisiopatología clínica. Mecanismos de producción de los síntomas*. México: Editorial Interamericana.
26. SSA-INSP (2000) Encuesta Nacional de Salud 2000. Instituto Nacional de Salud Pública. México 2000.
27. Tapia Conier, R. et col (1998). *Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial*. México: SSA
28. Torres, A.C. & Knaul, F.M. (2003). *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000* . "Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción". Recuperado el 19 de noviembre de 2005, de: [http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/15 por ciento20DeterminantesDelGasto.pdf](http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/15%20por%20ciento20DeterminantesDelGasto.pdf)
29. Zulet, M. A., Forga, L. & Martínez-González, M. A. (2002). Capítulos 19: Enfermedades cardiovasculares en Martínez, A. Et al. *Alimentación y Salud Pública*. Madrid: Mc Graw Hill e Interamericana.

DIAGNÓSTICO DE SALUD CENTRO DE SALUD JOSÉ A. MARABOTO C. XALAPA, VERACRUZ 2005

Jaziel Anaya Cassou, Oswall Johny Marin Marin, Christian Ortiz Chacha

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de salud es el resultado de una investigación que permite conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, de su historia, de su entorno natural, de sus problemas y potencialidades, de sus conocimientos, actitudes y prácticas, así como de los recursos con los que se cuentan para atacarlos y mantener la salud de los individuos y familias. Es por esta razón, que el conocimiento de dichas condiciones permite establecer prioridades de acción, formular programas convenientes y modificar o incrementar los ya existentes.

En este proceso el equipo de salud se constituye en un facilitador para conseguir la motivación, organización, participación y compromiso de todas las personas de una comunidad, en el propio proceso de identificación de los problemas y potencialidades en relación con su salud. Por lo que se considera el diagnóstico de salud como un ejercicio en salud pública que permite recolectar, procesar, almacenar y analizar la información necesaria para tener una visión real de la situación de salud de una comunidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La experiencia de la salud pública ha permitido comprobar que la aplicación de las técnicas sanitarias no es suficiente para dar solución a los problemas de salud y que además los factores económicos, sociales, culturales, políticos, entre otros, forman parte de los parámetros sobre los cuales se concreta el nivel de salud de las poblaciones. Como consecuencia, se ha llegado a enfatizar la importancia de lo que se conoce como factores condicionantes de la salud, y que son agregados al diagnóstico de la situación de salud de cualquier comunidad (Sonis y otros, 1990).

El diagnóstico de salud es la primera etapa del proceso de planeación en salud pública, que consistió en describir y analizar cuantitativa y cualitativamente los problemas de salud de una población, con el fin de identificar necesidades y demandas, localizar recursos, plantear soluciones, establecer metas y llevar a cabo acciones administrativas y técnico-médicas para lograr, mediante la conservación de la salud, el desarrollo económico y social de la comunidad (González, 1988).

La planeación de acciones para la salud ha sido un tema cada vez más importantes para el desarrollo de las diversas instituciones de salud, organizaciones y empresas, tanto del ámbito público como privado para la prestación de servicios de salud.

Las políticas en salud han estimulado un cambio en el papel que tiene el Estado y sus instituciones, traducido en una transformación del funcionamiento de las áreas de salud a nivel local y en todas sus unidades operativas. Por otra parte, la sociedad civil mediante sus organizaciones ha planteado un derecho al acceso y a su participación en la organización, decisión y prestación de servicios (González y otros, 2001).

A nivel local ha existido experiencia en la ejecución de programas definidos a nivel central como por ejemplo, vacunación universal, arranque parejo en la vida, atención a la salud del niño, entre otros. Este tipo de acciones que han sido consideradas como centralizadas, debido a que no incorpora las realidades de cada una de las localidades y sus poblaciones, no ha permitido la planeación a partir de las necesidades de la población local, la participación activa de los prestadores de servicio y representantes de la comunidad, así

como la colaboración con dependencias que proveen sistemas de información para la construcción de las realidades de la población.

Esto ha sido para los Servicios de Salud, una base de conocimiento sobre lo que somos, debemos y queremos hacer para mejorar las condiciones de salud de la comunidad a la que pertenecemos, en conjunto con las unidades operativas, la propia comunidad y otras organizaciones.

En el quehacer de los Servicios de Salud de Veracruz se logró identificar una serie de problemáticas de salud, que resultaron generalizadas para la mayoría de las áreas de influencia de los Centros de Salud que la integran. Así, el Centro de Salud José A. Maraboto, como parte integrante del producto de este trabajo identificó problemas como desnutrición, parasitosis, infecciones respiratorias agudas, infecciones diarreicas y un sin número de enfermedades infectocontagiosas agravadas por las condiciones de vida de la población. Por otro lado, resultaron evidentes las deficiencias por las que atraviesa el centro de Salud, que carece de insumos, equipamiento y recurso humano, aunado a la extensión y dispersión del área de responsabilidad.

Es por ello que en el Centro de Salud José A. Maraboto surgió la necesidad de conocer el estado de salud que tenía la población de su área de influencia, ya que en esta unidad no existía un diagnóstico de salud integrado, debido a la falta de recursos tanto humano como material para su elaboración, tratándose de una área bastante extensa y dispersa, con un gran volumen de población usuaria. Sin embargo, cabe señalar que si se tenían identificadas las causas de enfermedad y de muerte que aquejan a su población, lo que servía como base para la toma de decisiones.

Entonces el diagnóstico de salud se transformó en un requerimiento de los servicios y con esto apareció la necesidad de su realización (Martínez, 1997). Partiendo entonces de que no existía un diagnóstico de salud en la unidad, se elaboró la propuesta para la planeación de estrategias que incorporó el concepto de salud como factor y como resultado de las interacciones entre personas y su entorno, con el compromiso de promover y preservar la salud de la población de su área de responsabilidad. En este sentido, el diagnóstico de salud involucró el análisis de la organización interna del Centro de Salud, respecto al entorno en que se situaba, con el propósito de priorizar daños y generar estrategias de salud para el beneficio de su población.

Con base a todo lo mencionado anteriormente, el presente trabajo pretendió ser parte de un plan de acción de la unidad de salud mediante un proceso en el cual la población analizó y tomó conciencia de su realidad, de su entorno natural, de sus problemas y potencialidades, de sus conocimientos, actitudes y prácticas para mantener la salud y combatir la enfermedad de los individuos y sus familias.

MARCO TEÓRICO

La salud y la enfermedad son fenómenos tanto individuales como colectivos. Son el producto de complejas interacciones entre los procesos biológicos, económicos sociales y culturales, que se dan en una sociedad en un determinado momento histórico. Los diferentes colectivos sociales participan de la producción social y de la distribución de lo que se produce. Esto es lo que determina sus condiciones laborales, su acceso a la cultura, a la educación formal, etc. Pero, además, su ubicación geográfica lo relaciona con condiciones físicas como el clima, la riqueza del suelo y los recursos naturales disponibles (OPS, 1999).

La salud es un punto de encuentro en el que converge lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción, y su valor intrínseco la posiciona como un medio para la realización personal y colectiva (Frenk, 1997).

Según Sánchez (2004), la salud como producto social al ser valorada como resultado de la interacción entre los determinantes sociales, culturales, institucionales, de los cuidados individuales y colectivos de la salud, de

las políticas del Estado, también lo es el análisis de los determinantes en el campo de la salud que puede ofrecer ventajas como:

- La comprensión de la distribución desigual de la salud y la enfermedad en las poblaciones, que resulta ser un aspecto significativo para la orientación de las acciones en salud.
- Identificar los sectores sociales y los actores que tienen responsabilidades en la atención de los problemas de salud y en su promoción.

La salud pública es un campo de conocimiento y de acción que se encarga del estudio y la transformación de las complejas realidades de la salud, tal y como ocurren en las poblaciones humanas (Frenk, 1997).

Según Frenk (1997) los fenómenos sustantivos de la salud pública son:

- Las necesidades de salud
- Los servicios que satisfacen esas necesidades y
- Los recursos que se requieren para producir dichos servicios.

Consiguientemente, para la salud pública el objetivo central es la promoción de la salud y la disminución de la morbilidad y mortalidad de las poblaciones. Y la administración es una guía, dirección y control de esfuerzos de un grupo para alcanzar un fin determinado. Así, para la administración en salud sus principales componentes son: la planificación, organización, dirección y control (Álvarez, 2002).

La planificación es un elemento indispensable en las acciones de salud, y es en este componente donde el diagnóstico de salud es la etapa inicial del proceso. Desde el punto de vista etimológico diagnosticar significa conocer la situación real de la salud. Es un conocimiento obtenido a partir de la interrelación de los elementos que intervienen de manera directa o indirecta y que se manifiesta como resultado del sujeto que lo elabora (González, 1988).

La utilidad del diagnóstico de salud es el resultado de una investigación que da a conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, y los recursos disponibles para contrarrestarlos. Según Álvarez (2002), el diagnóstico de salud debe tener las siguientes características:

- o Objetividad: los datos deben presentarse cuantitativamente.
- o Precisión: deben referirse a la población bajo estudio y su entorno.
- o Integridad: debe ser lo más completo posible para conocer y evaluar el estado de salud de la población.
- o Temporalidad: se refiere a un tiempo determinado.

Este autor plantea como elementos que integran el diagnóstico de salud son:

- o Factores condicionantes de la salud, en el que se incluyen la ubicación geográfica, datos demográficos, datos sociales y económicos y saneamiento del medio.
- o Daños a la salud, se conocen a partir de los datos de mortalidad y morbilidad.
- o Recursos para la salud, incluye la disponibilidad de recurso humano (personal de salud), instalaciones, servicios y actividades para la salud.
- o Formulación del plan, se trata de formular un plan con base en los datos del diagnóstico de salud donde se establecen prioridades, considerando la vulnerabilidad, magnitud y trascendencia del daño.

Por otra parte, Mendoza y Cardeña (2005) plantean como fases para el desarrollo del diagnóstico de salud, un proceso que incluye:

- o Planeación: se debe determinar los objetivos, área, periodo, marco legal, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros disponibles para su realización y la metodología.
- o Ejecución: se debe efectuar la recolección y evaluación de los datos, análisis de la información, definir prioridades, elaboración del documento y divulgación a los niveles responsables de definir las intervenciones.
- o Evaluación: medir el logro de los objetivos propuestos.
- o Integración del diagnóstico propiamente dicho: implica la participación de la comunidad en todo el proceso en conjunto con los representantes de los sectores involucrados.
- o Priorización de los eventos en salud a atender: determinar acciones según nivel de importancia e impacto potencial, conciliar necesidades detectadas y sentidas de la población.
- o Formulación de prevenciones: implica todas las acciones iniciadas con base en el conocimiento generado, con el desarrollo del diagnóstico de salud, mediante un proceso sistematizado para evaluar la aplicación de las intervenciones.

Con base al análisis previo sobre daños a la salud, y con las propuestas ya descritas, se establecieron las bases para la realización del diagnóstico de salud parcial de la población del área de influencia del Centro de Salud J. Antonio Maraboto, tomando como modelo la propuesta realizada en la Maestría en salud Pública, Generación 2005-2007, del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, lo cual conformó los siguientes apartados:

OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer el estado de salud de la población de responsabilidad del Centro de Salud José A. Maraboto, con el propósito de recomendar acciones para mejorar sus condiciones de salud.

Objetivos Específicos

- Conocer la priorización de los daños.
- Identificar los factores de riesgo en base a la priorización de daños.
- Conocer los recursos que se disponen para disminuir los problemas de salud.
- Proponer estrategias que permitan mejorar y mantener las condiciones de salud de la población.

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación del diagnóstico de salud

Se realizó una propuesta de diagnóstico elaborada por los alumnos de la maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana generación 2005- 2007, que contenía los apartados de antecedentes, aspectos geográficos, factores de riesgo del ambiente físico, demográficos, daños a la salud, ambiente social, factores del ambiente económico y recursos para la salud.

Se continuó con la priorización de daños a la salud mediante el análisis de la morbilidad y mortalidad en base a su incidencia y magnitud de la población de responsabilidad del Centro de Salud José A. Maraboto.

Por otra parte se identificaron los factores de riesgo de las causas de enfermedad y de muerte. Estos daños fueron agrupados en cuatro rubros, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, enfermedades no clasificadas y enfermedades relacionadas a la salud de la mujer.

Los factores de riesgo para cada rubro se agruparon en factores de riesgo generales, factores de riesgo conductuales y factores de riesgos intermedios. Los primeros factores corresponden a aquellas características que se comparten en las enfermedades consideradas para el estudio, los segundos factores corresponden a

las conductas individuales que propician daños a la salud y los últimos factores definen condiciones y situaciones individuales que generan daños a la salud.

A partir de esta identificación de riesgos se hizo una depuración de los mismos de manera que representaran en su totalidad los riesgos de las enfermedades agrupadas. Siendo esto lo que permitió construir y definir las variables que permitieran verificar las condiciones de salud de la población. Este proceso de puede apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis de factores de riesgo y su integración al diagnóstico de salud

Enfermedades	Factores de riesgo agrupados	Factores de riesgo depurados	Elementos del diagnóstico Incorporados
<p>Transmisibles:</p> <p>Infec. Respiratoria aguda.</p> <p>Infec. de vías urinarias.</p> <p>Infec. Intestinales mal definidas.</p> <p>Úlceras, Gastritis, Duodenitis.</p> <p>Candidiasis urogenital.</p> <p>Otitis media aguda.</p> <p>Infec. Intestinales por otros Prot.</p> <p>Tricomoniasis urogenital.</p> <p>Varicela.</p>	<p>Gral.: edad, sexo, nivel socioeconómico y/o cultural bajo, falta de saneamiento básico.</p> <p>Conductual: malos hábitos higiénicos generales y de alimentación, actividad sexual irresponsable, drogadicción, tabaquismo.</p> <p>Intermedios: desnutrición, esquema de vacunación incompleto, recurrencia de la enfermedad.</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p> <p>Nivel socioeconómico</p> <p>Habito higiénicos y alimentarios</p> <p>Alcoholismo</p> <p>Tabaquismo</p> <p>Drogadicción</p>	<p>Edad: en años cumplidos.</p> <p>Sexo: hombre / mujer.</p> <p>Ámbito social: características generales de la vivienda, materiales, servicios con que cuenta.</p> <p>Ámbito económico: ingreso mensual, ocupación, escolaridad, parentesco, número de integrantes.</p> <p>Estilos de vida:</p> <p>-Tabaquismo: frecuencia, cantidad, tiempo.</p> <p>-Alcoholismo: frecuencia, cantidad, tiempo.</p> <p>-Sedentarismo: actividad física activa, frecuencia, cantidad, tiempo.</p> <p>Hábitos higiénicos en alimentos: desinfección de alimentos.</p> <p>-Hábitos higiénicos personales: baño diario, lavado de manos, frecuencia, tiempo.</p> <p>-Hábitos higiénicos alimentarios: agua que consume.</p>
<p>No transmisibles:</p> <p>Diabetes mellitus tipo 2</p> <p>Hipertensión arterial.</p> <p>Enfermedad del corazón</p> <p>Insuficiencia renal.</p> <p>Enf. Del periodo perinatal.</p>	<p>Gral: edad, sexo, escolaridad, factores genéticos.</p> <p>Conductual: malos hábitos alimentarios, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo.</p> <p>Intermedios: obesidad cronicidad del padecimiento, diabetes mellitus, hipertensión arterial.</p>	<p>Sedentarismo</p> <p>Obesidad</p> <p>Actividad sexual irresponsable</p> <p>Desnutrición</p>	<p>Enfermedad crónico-degenerativas: tiempo de padecerlas, tratamiento.</p> <p>Servicios para la salud: Método de planificación familiar que utiliza, detección oportuna del cáncer (frecuencia), Infecciones de transmisión sexual (frecuencia).</p> <p>Accesibilidad: tiempo de traslado, medio de transporte habitual.</p>
<p>No clasificadas</p> <p>Accidentes.</p> <p>Alcoholismo.</p>	<p>Gral: edad, sexo.</p> <p>Conductual: alcoholismo, drogadicción.</p> <p>Intermedios: cronicidad de la adicción</p>	<p>Factor genético</p> <p>Cronicidad del padecimiento</p>	<p>Enfermedad crónico-degenerativas: tiempo de padecerlas, tratamiento.</p> <p>Servicios para la salud: Método de planificación familiar que utiliza, detección oportuna del cáncer (frecuencia), Infecciones de transmisión sexual (frecuencia).</p> <p>Accesibilidad: tiempo de traslado, medio de transporte habitual.</p>
<p>Ligadas a la salud reproductiva</p> <p>Displasias, leve, moderada, severa</p> <p>Eclampsia-preeclampsia.</p> <p>Enf. De transmisión sexual.</p>	<p>Gral: edad, sexo. Factor genético, antecedentes gineco obstétricos.</p> <p>Conductual: actividad sexual irresponsable, alcoholismo tabaquismo, malos hábitos higiénicos generales y de alimentación.</p> <p>Intermedias: DM II, HTA, detección oportuna de cáncer.</p>	<p>Diabetes mellitus</p> <p>Hipertensión arterial</p> <p>Detección oportuna de cáncer</p>	<p>Enfermedad crónico-degenerativas: tiempo de padecerlas, tratamiento.</p> <p>Servicios para la salud: Método de planificación familiar que utiliza, detección oportuna del cáncer (frecuencia), Infecciones de transmisión sexual (frecuencia).</p> <p>Accesibilidad: tiempo de traslado, medio de transporte habitual.</p>

Fuente: SUIVE, hasta semana 42, 2005. Centro de Salud José A. Maraboto C. y certificados de defunción/SESVER, enero-octubre 2005. Xalapa, Ver. Definición operacional de las variables

Las variables a analizar en el diagnóstico de salud se describen en la siguiente tabla.

Tabla 2. Descripción de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Factor de riesgo
Estado civil	Nominal	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de familia	Si se encuentra soltero, casado, divorciado, separado o en unión libre al momento del levantamiento de la información	Variable no considerada factor de riesgo
Edad	Cardinal continua	Tiempo que lleva existiendo una persona desde su nacimiento	Años cumplidos al momento del levantamiento de la información	Menores de 5 años y mayores de 60 años
Sexo	Dicotómica	Conjunto de características físicas determinadas por los cromosomas sexuales por las que se diferencian el hombre y la mujer	Si es hombre o mujer	Variable no considerada factor de riesgo
Vivienda	Nominal	Espacio físico en el que vive una persona	Materiales con los que está construida la vivienda	Material de cartón, madera, lámina de cartón y asbesto, piso de tierra
Techo		Parte superior de un edificio, que lo cubre o cierra	Lámina, concreto, madera u otros materiales	Madera, cartón, lámina de cartón y asbesto
Paredes		Superficie lateral con grueso, longitud y altitud proporcionados para cerrar un espacio y sostener el techo	Tierra, concreto, madera, cartón u otros materiales	Madera, tierra, cartón, lámina de cartón.
Suelo o piso		Pavimento natural o artificial de la vivienda	Cemento, madera, tierra u otros elementos	Tierra
Dormitorio	Nominal, cardinal discreta	Espacio físico destinado al descanso	Número de cuartos utilizados para dormir	Más de tres personas por dormitorio
Agua	Nominal	Calidad del agua del consumo humano	Condición del agua que consume la familia	Agua de la llave
Entubada	Nominal	Agua potable para consumo humano	Si cuenta con el servicio de agua potable	No cuenta con el servicio
Garrafón de agua	Nominal	Agua purificada almacenada en recipientes de plástico para consumo humano	Si consume agua de garrafón	No tome agua de garrafón
Tambos	Nominal	Agua almacenada en recipientes para el servicio de la familia	Si el agua que utiliza la familia la almacena por este medio	Si el agua que utiliza la almacena por este medio
Ríos	Nominal	Corriente de agua continúa caudalosa que va a desembocar al mar	Si el agua que utiliza la familia la obtiene directamente del río	Variable no considerada factor de riesgo

Lluvia	Nominal	Agua que cae de la atmósfera	Si el agua que utiliza la familia la obtiene directamente de la lluvia	Variable no considerada factor de riesgo
Eliminación de excretas	Nominal	Medios utilizados para eliminar los residuos metabólicos humanos	El medio que se utiliza para la eliminación de excretas	Al ras del suelo
Letrina	Nominal	Retrete, baño colectivo	Si cuenta con este medio para la eliminación de excretas	Variable no considerada factor de riesgo
Fosa séptica	Nominal	Excavación profunda utilizada para enterrar las excretas	Si utiliza este medio para eliminar sus excretas	Variable no considerada factor de riesgo
Escolaridad	Cardinal discreta	Conjunto de estudios realizados o en proceso de culminación	Si curso la primaria, secundaria, bachillerato o universidad completa e incompleta	No tenga ninguna clase de estudios
Parentesco	Nominal	Vínculo, conexión, enlace por consanguinidad	Si es padre, madre, hijo(a), parientes y otros	Variable no considerada factor de riesgo
Número de integrantes de la familia	Cardinal discreta	Referente al número de personas que integran una familia	El número de personas que viven en la vivienda	Asociado a otras variables como número de dormitorios e ingreso familiar
Tabaquismo	Dicotómica	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo de tabaco	Condición de fumador y no fumador y la frecuencia	Que fume
Alcoholismo	Dicotómica	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo de alcohol	Condición de bebedor y no bebedor y frecuencia	Que consuma bebida alcohólicas
Hábitos alimentarios	Cardinal discreta	Modo de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales en la alimentación	Frecuencia semanal del consumo de los diferentes grupos de alimentos	Si los requerimientos y frecuencias semanales de los grupos alimenticios no son adecuados ni balanceados
Nivel de ingreso	Cardinal continua	Percepción monetaria que recibe un individuo por día como salario mínimo	El ingreso monetario mensual que percibe la familia	Si la familia obtiene menos de un salario mínimo por día
Hábitos higiénicos	Cardinal discreta	Modo de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales en el higiene personal y familiar	Si en la familia se bañan y cambian de ropa y con que frecuencia	Que el baño y cambio de ropa no sea de todos los días
Combustible	Nominal	Carburante que hace funcionar un aparato	Si cuenta con gas, petróleo, carbón, leña u otros combustibles para uso doméstico	Que para uso doméstico se utilice el carbón, la leña y petróleo
Basura	Nominal	Desechos que se recogen en las ciudades	Si cuenta con red municipal para la recolección de basura o la entierran, incineran o la dejan a cielo abierto	Si los desechos se incineran o se dejan a cielo abierto
Utilización de servicios de salud	Nominal	La demanda de la población hacia el servicio de salud	Si cuenta con seguridad social o si acude a servicios privados	No acuda a ninguno de estos servicios
Infecciones vaginales	Dicotómica, nominal	Enfermedades producidas por microorganismos que alteran el pH vaginal	Si ha padecido en los últimos seis meses algún tipo de infección vaginal	Cualquier infección vaginal presentada en este período de tiempo

Embarazos	Cardinal discreta	Estado de gravidez de la mujer que comprende desde la fecundación hasta el alumbramiento	El número de embarazos que ha tenido la mujer o si esta embarazada en el momento del levantamiento de la información	Relacionado con otras variables como edad y que tenga más de tres embarazos
Toma del DOC	Dicotómica	Análisis de las características normales y o patológicas del cuello de la matriz	Si en los últimos seis meses se ha realizado la toma del papanicolau	Prueba no realizada
Padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas	Nominal	Conjunto de enfermedades que alteran el metabolismo de la fisiología normal del ser humano	Si padece algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa, desde cuando y si se toma su tratamiento	Enfermedad presente sin control y sin tratamiento
Hipertensión arterial	Cardinal discreta, dicotómica	Aumento del tono o tensión general de la presión arterial	Desde cuanto tiempo padece la enfermedad y si continúa su tratamiento	Enfermedad presente sin control y sin tratamiento
Diabetes Mellitus	Cardinal discreta, dicotómica	Enfermedad metabólica, resultado de un desorden en la nutrición	Desde cuando padece la enfermedad y si continúa su tratamiento	Enfermedad presente sin control y sin tratamiento
Cáncer cervicouterino	discreta, dicotómica	Enfermedad provocada por células cancerígenas ocasionada por la degeneración de células epiteliales	Desde cuando padece la enfermedad y si continúa su tratamiento	Enfermedad presente sin control y sin tratamiento
Acceso al centro de salud	Cardinal continua, dicotómica, nominal	La capacidad que tiene un individuo para llegar al centro de salud	El tiempo en que tarda llegar al Centro de Salud, medio de transporte y si conoce los programas que se realizan en el Centro	Tarde más de 60 minutos en llegar al centro de salud y que no conozca los programas
Actividad física	Dicotómica, nominal	Esfuerzo corporal para conservar o recobrar la salud	Si realiza algún ejercicio o deporte mínimo durante 30 minutos y cuantas veces a la semana lo realiza	No realice ninguna actividad física
Planificación familiar	Nominal	Actividad consciente de las parejas encaminada a regular el número y el espaciamiento de los nacimientos.	Método de planificación utilizado por la pareja en el momento en que se levanta la información	Asociado a variable de número de embarazos por la multiparidad

Tipo de estudio y diseño

El diagnóstico de salud de acuerdo al alcance y análisis que se desarrolló fue de corte cuantitativo, descriptivo, el cual que estuvo dirigido a determinar cómo era o como estaba la situación de las variables que se estudiaron en la población; la ausencia o presencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno (Canales, 2002).

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información se trató de un estudio prospectivo, realizado a partir de la incorporación del equipo de trabajo en el Centro de Salud hasta la

emisión de resultados (29 de agosto 2005 - 7 febrero 2006), cabe mencionar que el levantamiento de la información de campo fue recolectada del día 8 al 16 de diciembre del año 2005. De acuerdo al periodo y secuencia del estudio, este fue de tipo transversal: donde se estudiaron las variables sincrónicamente en el tiempo mencionado.

Universo y selección de la muestra

El universo de trabajo que se utilizó en el presente estudio fue la población de responsabilidad del Centro de Salud José A. Maraboto, así tenemos que la población de estudio es de 9310 familias que corresponde a 46, 549 habitantes.

Las unidades muestrales fueron las familias que habitaban en el área de influencia de la unidad y en una segunda etapa las manzanas de cada uno de los núcleos básicos del Centro de Salud.

Como criterio de inclusión para la selección de las unidades de análisis se tomó el que los integrantes de cada familia habitaran dentro del área de influencia de la unidad, y como criterio de exclusión la no pertenencia a esta área geográfica en la que se ubica el centro de salud.

Para asegurar la representatividad muestral se utilizó un muestreo aleatorio estratificado, el cual se caracterizó porque cada unidad tiene la probabilidad equitativa de ser incluida en la muestra y una vez obtenida ésta se distribuyó proporcionalmente entre los once núcleos (Canales, 2002). La técnica utilizada para la selección de la muestra fue mediante el uso de una calculadora para obtener los números aleatoriamente.

Por la escasa información encontrada para los núcleos del centro de salud se tomó la decisión de asignar el mismo número de familias a cada núcleo básico, el cual se obtuvo de la muestra siendo esta de 36 familias encuestadas por núcleo.

Para determinar el número de entrevistas realizadas en el presente estudio, se consideró un tamaño de muestra que considera una confiabilidad del 95 por ciento, un margen de error del cinco por ciento, y una máxima varianza para p y q. La expresión utilizada para determinar el tamaño de la muestra es de:

$$n = \frac{N p q}{(N-1) D + p q}$$

Esto es que, 396 familias fueron entrevistas para poder conocer el estado de salud de la población de responsabilidad del centro de Salud José A. Maraboto.

En la segunda etapa se seleccionaron aleatoriamente las manzanas por cada núcleo básico, dando un total de nueve manzanas por núcleo básico en las cuales se levantó la información. Cabe mencionar que la distribución de la muestra se realizó tratando de cubrir el área de influencia de la unidad para que tuviese representatividad.

Recolección de la información

La recolección de información para el desarrollo de este trabajo se dio en tres momentos, desde que se inicio con las prácticas de campo en el centro de salud, hasta la aplicación de los cuestionarios basados en la cédula de micro diagnóstico y sobre estilos de vida. En un primer momento, se recabó información documental de fuentes propias de la unidad como: Sistema unico de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) para obtener la morbilidad transmisible y no transmisible, Estudio de Regionalización Operativa (ERO) para obtener el número de población de responsabilidad distribuida por colonias, Sistema de

Información en Salud (SIS) para obtener información general del servicio por áreas y servicios otorgados; y de otras instituciones como la Jurisdicción Sanitaria No. V para la revisión de los certificados de defunción y así obtener la mortalidad general del área de responsabilidad de la unidad, del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) para obtener información y distribución general de las colonias. Así mismo se utilizó una guía de cotejo para evaluar la información existente respecto de la situación de salud de la población de responsabilidad de dicha unidad.

En un segundo momento se realizó una entrevista al Director del centro de salud con el propósito de obtener información para conocer las fuentes de información que utilizan para la identificación de daños a la salud y documentos que permitieran implementar acciones en beneficio de la población.

Y en un tercer momento se aplicaron los cuestionarios a las familias seleccionadas, lo cual consistió en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos. La técnica de recolección de datos fue la entrevista estructurada, que se caracteriza por estar rígidamente estandarizada en la cual se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los entrevistados, quienes deben escoger la respuesta entre 2, 3 o más alternativas que se les ofrecen (Canales, 2002).

El cuestionario estuvo estructurado en su mayoría con preguntas cerradas, con base en los apartados integrados para el diagnóstico de salud. Estuvo estructurado en cuatro apartados:

- I. Localización
- II. Características de la vivienda
- III. Características de la familia
- IV. Características relacionadas a la salud.

Para el levantamiento de la información paralelamente al equipo de investigación, se necesitó de la colaboración del personal del Centro de salud que fueron seis médicos, diez enfermeras y una pasante de nutrición, así como del apoyo de 51 alumnos de las facultades de medicina y nutrición de la Universidad Veracruzana, los cuales fueron previamente informados y capacitados sobre el contenido del instrumento, la forma de recolección de los datos, el número de cuestionarios a levantar por manzana y por participante, el horario, así como al área geográfica destinada para este fin.

Se estableció previamente el número de cuestionarios a levantar por núcleo y manzana, siendo este de cuatro encuestas por manzana, y nueve manzanas por núcleo, dándonos un total de 396 encuestas realizadas. Se organizaron tres grupos de trabajo cada uno de ellos coordinado por un investigador, el cual entregaba a cada participante al inicio de la jornada de trabajo, cuatro cuestionarios con su respectivo número de folio, una periquera, lápices, gomas, número de núcleo y manzana, croquis del área, así como las instrucciones y recomendaciones generales, al mismo tiempo que se aclaraban dudas.



Foto 1. Capacitación y distribución de áreas



Foto 2. Actividad en campo

Por otro lado las familias encuestadas, fueron abordadas por el entrevistador de manera amable, respetuosa, cordial, solicitando el permiso para ser entrevistadas, además de darle a conocer que dicha información sería exclusivamente para fines de la investigación y asumida de manera confidencial. Y al final, agradeciendo a la familia por su colaboración.

El tiempo promedio que se utilizó para cada entrevista fue de doce minutos, indistintamente de las interrupciones que se dieron durante el desarrollo de la misma. Una vez terminada la jornada de trabajo, el coordinador del grupo recolectaba y revisaba cada uno de los cuestionarios entregados para verificar su validez.

Procesamiento y análisis de la información

Se diseñó y elaboró una base de datos con el software Epi Info, versión 3.2, la cual se estructuró de acuerdo a los cuestionarios que se aplicaron para la recolección de los datos. Después de la captura se realizó la limpieza de la base de datos, para así proseguir con el análisis de la información ya capturada.

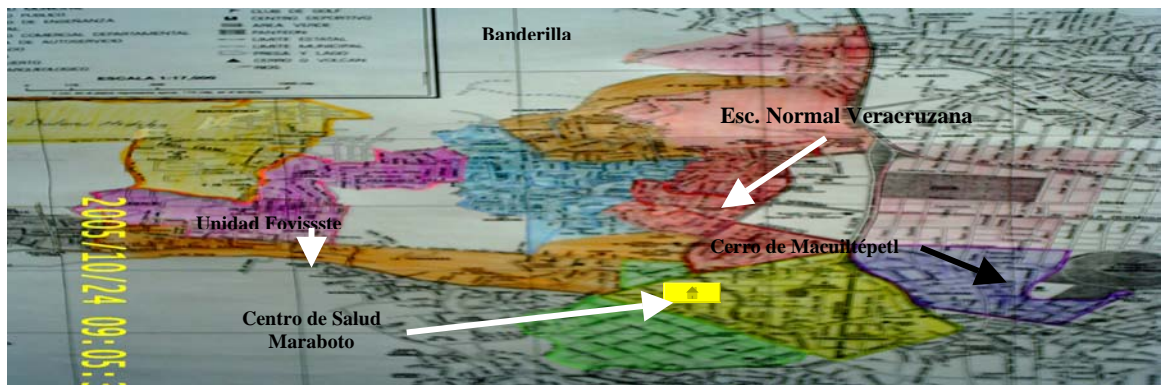
Para este análisis de la información se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales como: distribución de frecuencias, gráficos de barras y de pastel, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, entre otras. Además de la utilización como apoyo tecnológico del software arriba mencionado.

RESULTADOS

Características geográficas

El Centro de Salud Maraboto se ubica al norte de la ciudad de Xalapa, Veracruz, se localiza en la colonia Obrero Campesina y dentro de esta área de responsabilidad se encuentra el Cerro Macuitépetl, la Escuela Normal Veracruzana, tal como se aprecia en la siguiente figura.

Figura 1. Distribución del área de responsabilidad por núcleos básicos, del Centro de Salud Maraboto



El clima de la Ciudad se caracteriza por ser húmedo, con una temperatura media anual de 19.1° Celsius y una precipitación media anual de 1421.1 mm.

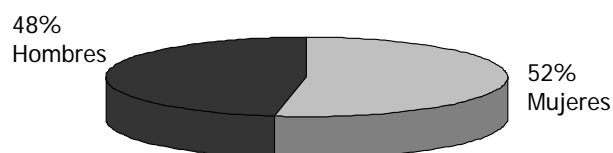


Foto 3. Vista panorámica de la ciudad de Jalapa, Veracruz.

Aspectos demográficos

La población total bajo estudio del área de influencia del centro de salud J. Maraboto C. fue de 1 427 personas, de las cuales el 52 por ciento son mujeres y el 48 por ciento son hombres, tal como se observa en la Figura 2.

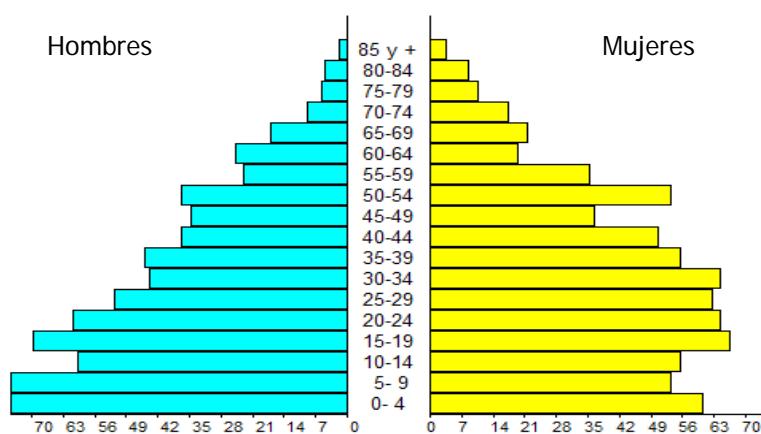
Figura 2. Población del área de responsabilidad del C.S. Maraboto por sexo



Esta población tiene una edad promedio de 30.35 años, para las mujeres la edad promedio es de 32.3 años y para los hombres de 28.2 años.

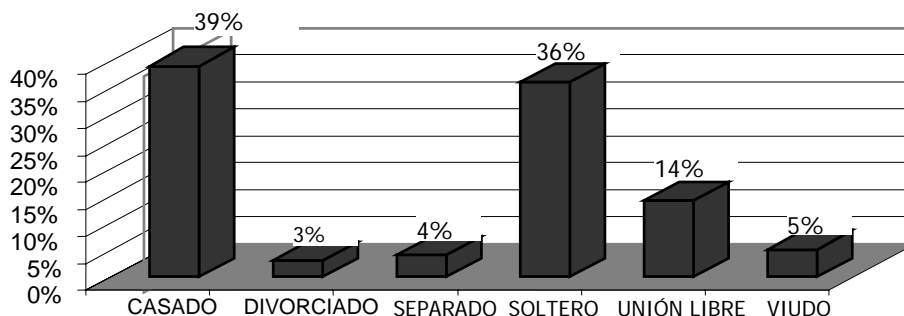
El comportamiento de la distribución de edad y sexo de esta población se puede apreciar en la siguiente Figura 3, que corresponde a la pirámide poblacional.

Figura 3. Pirámide poblacional del Centro de Salud Maraboto



En lo que respecta al estado civil, en la Figura 4, podemos observar que el 30.8 por ciento está casado y el 24.9 por ciento soltero.

Figura 4. . Población del área de responsabilidad del C.S. Maraboto por estado civil



Daños a la salud

En la Tabla 3, podemos observar que durante el año 2005, entre las principales causas de morbilidad del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto encontramos las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 57.8 personas por cada 1000 habitantes.

Estas causas de morbilidad se clasificaron en enfermedades transmisibles (ET), no transmisibles (ENT), las no clasificadas (NC) y las enfermedades relacionadas a la salud de la mujer (ERSM), tal como se muestra en la Tabla.

Tabla 3. 10 primeras causas de morbilidad del Centro de Salud Maraboto, 2005

Clasificación	Lugar	Diagnóstico	Frecuencia	* Tasa
ET.	1	Infecciones respiratoria agudas.	2694	57.8
ENT.	2	Infección de vías urinarias.	615	13.2
ET.	3	Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas.	471	10.1
ENT.	4	Úlceras, Gastritis y Duodenitis.	326	7
ERSM.	5	Candidiasis urogenital.	185	3.9
ET.	6	Otitis media aguda.	120	2.5
ET.	7	Otras infecciones intestinales debidas a...	103	2.2
ERSM.	8	Tricomoniasis urogenital.	92	1.9
ET.	9	Amibiasis intestinal.	82	1.7
ET.	10	Varicela.	74	1.5

Fuente: SUIVE. Centro de Salud José A. Maraboto C., 2005.

Entre las principales causas de mortalidad del Centro de Salud, se encuentran la Diabetes mellitus tipo II, con una tasa de 11.1 por cada 1000 habitantes, las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 6.8 por cada 1000 habitantes y alcoholismo con una tasa de 2.7 por cada 1000 habitantes. También estas causas de muerte fueron agrupadas de acuerdo a un tipo de enfermedad, tal como se hizo con las causa de morbilidad, esto se puede apreciar en la Tabla 4.

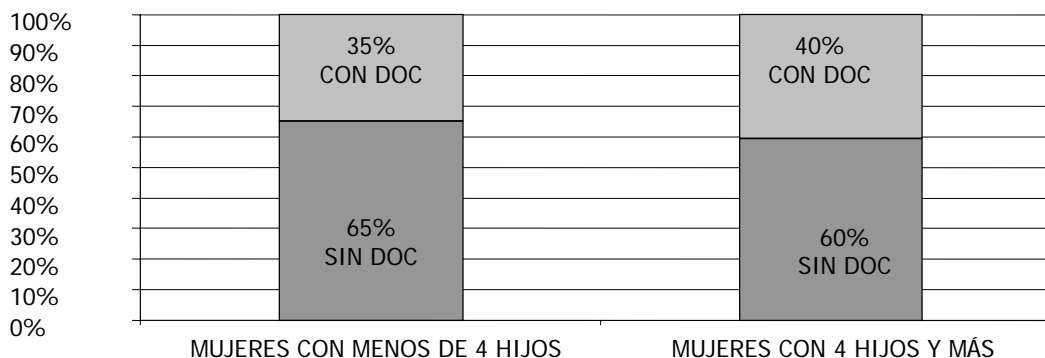
Tabla 4. 10 primeras causas de mortalidad del Centro de Salud Maraboto, 2005

Clasificación	Lugar	Causa	Total de defunciones	* Tasa
ENT.	1	Diabetes mellitus no insulino dependiente	52	11.1
ET.	2	Infecciones respiratorias agudas	32	6.8
ENT.	3	Hipertensión arterial	28	6
ENT.	4	Enfermedad isquémica del corazón	22	4.7
ENT.	5	Enfermedad del corazón	20	4.2
ENT.	6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16	3.4
ENT.	7	Enfermedad del periodo perinatal	13	2.7
NC.	8	Alcoholismo	13	2.7
NC.	9	Accidentes	12	2.5
ENT.	10	Insuficiencia renal	11	2.3

Fuente: Certificados de defunción/SESVER, enero-diciembre 2005. Xalapa, Ver.

En la Figura 5 podemos observar la proporción de población femenina según el número de hijos y la detección oportuna de cáncer cervicouterino, de lo cual tenemos que a mayor número de hijos mayor interés por realizarse la prueba, aunque respecto a las mujeres que tienen menos de cuatro hijos la diferencia es pequeña, de un cinco por ciento .

Figura 5. Porcentaje de la población femenina de doce años y más según el número de embarazos y toma de DOC, Centro de Salud Maraboto



La distribución de la población por grupos blancos para las acciones de salud en la unidad, presenta que la mayor proporción se concentra en los grupos de edad de quince a 49 años de edad, que corresponde a la edad productiva. El grupo de edad de 50 a 64 años se ubica la población adulta que resulta más vulnerable ante las enfermedades crónico degenerativas, esto se aprecia en la Tabla 5.

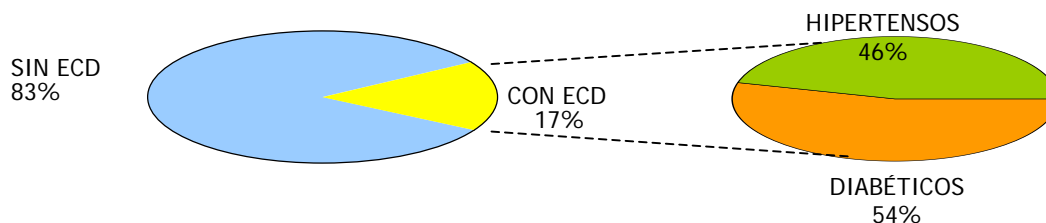
Tabla 5. Proporción de grupos blancos para acciones de fortaleza

Grupo de edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menor de 1	10	1	14	1	24	2
1-4	51	4	61	4	112	8
5-9	54	4	75	5	129	9
10-19	123	9	130	9	253	18
15-49	404	28	344	24	748	52
50-64	110	8	85	6	195	14
65 y más	64	4	39	3	103	7

Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005.

Del total de la población de 20 años y más un 17 por ciento de ellos padece enfermedad crónico degenerativa como hipertensión arterial o diabetes, tal como se muestra en la Figura 6.

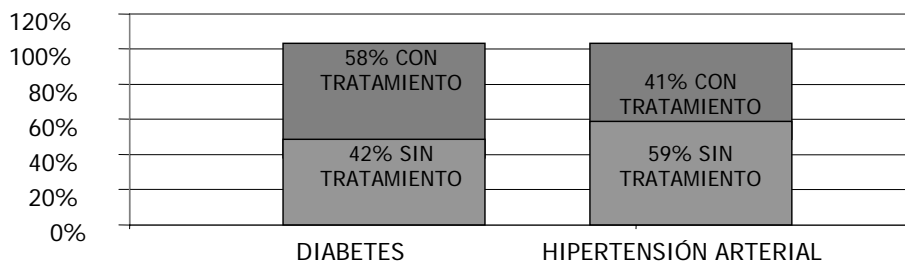
Figura 6. Porcentaje de la población de 20 años y más, que padece enfermedad crónico degenerativa(ECD)



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005.

De las personas que padecen diabetes e hipertensión tenemos que para la primera el 42 por ciento no cuenta con tratamiento médico para la enfermedad y el 59 por ciento de los hipertensos tampoco cuentan con el tratamiento. Cabe mencionar que el 39 por ciento de los diabéticos junto con el 36 por ciento de los hipertensos tienen menos de cinco años de padecer estas enfermedades lo que representa una oportunidad para mantener su tratamiento y evitar complicaciones. La siguiente Figura 7 nos muestra los datos.

Figura 7. Población de 20 años y más que padece diabetes o hipertensión arterial y que no lleva un tratamiento médico

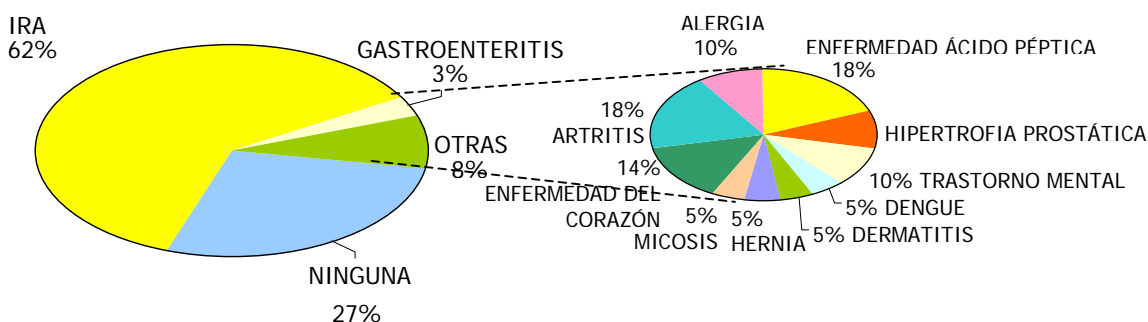


Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005.

Las familias al preguntarles refirieron que durante los últimos dos meses algunos de sus miembros presentaron padecimientos como enfermedad respiratoria aguda, enfermedad ácido péptica, dermatitis,

micosis entre otras, sin embargo el 27 por ciento reportaron no haberse enfermado. La distribución de algunos de los padecimientos mencionados se aprecian en la Figura 8.

Figura 8. Porcentaje de los miembros de la familia que reportan alguna enfermedad durante los últimos dos meses



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver. 2005

Factores de riesgo del ambiente físico

Los riesgos de las viviendas de las familias están dadas de acuerdo al material con que están construidas, ya que un 30 por ciento tiene piso de tierra, paredes y techo de lámina, madera o cartón. Un 23 por ciento de éstas presentan hacinamiento ya que en un cuarto duermen más de tres personas, respecto al servicio de agua un cuatro por ciento no cuenta con agua entubada, un ocho por ciento no cuenta con drenaje, el uno por ciento de las viviendas incinera y tira a cielo abierto la basura y un cuatro por ciento utiliza leña, carbón o petróleo como combustible. Lo mencionado se puede apreciar en la Tabla 6.

Tabla 6. Porcentaje de viviendas particulares según características de riesgo

Características de vivienda	Riesgo	Sin riesgo
Materiales	30 %	70 %
Hacinamiento	23 %	77 %
Servicio de agua	4 %	96 %
Excreta	8 %	92 %
Basura	1 %	99 %
Combustible	4 %	96 %

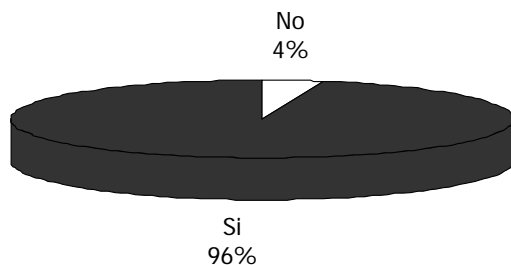
Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver. 2005.

En cuanto a los hábitos higiénicos de las familias encuestadas tenemos que el cinco por ciento consume agua de la llave lo que representa un riesgo para las enfermedades transmisibles el dos por ciento no lava y desinfecta los alimentos antes de consumirlos y el catorce por ciento barre y limpia su vivienda de una a dos veces a la semana lo que igualmente representa el riesgo para dichas enfermedades.

Factores de riesgo del ambiente social

En lo que respecta a la población de quince años y más, en la Figura 9 tenemos que el cuatro por ciento de la población encuestada no sabe leer y escribir, de los cuales el cinco por ciento de las mujeres es analfabeta a diferencia de los hombres que son un dos por ciento .

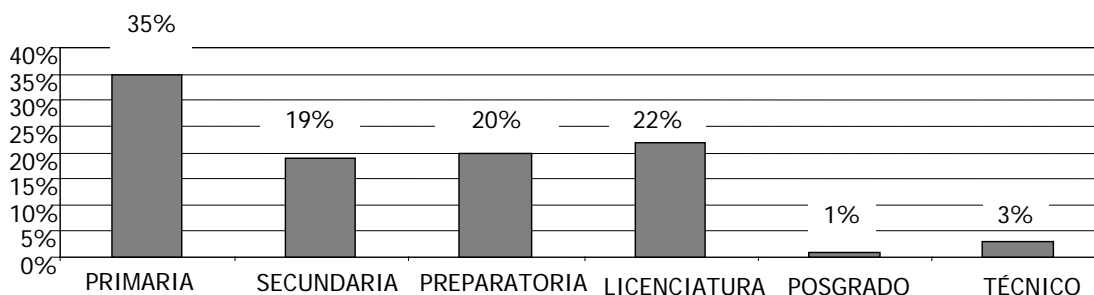
Figura 9. Porcentaje de población de quince años y más que no sabe leer y escribir



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005.

De la población de quince años y más tenemos que el 35 por ciento de ellos su nivel de estudios máximo es la primaria, tal como se aprecia en la Figura 10.

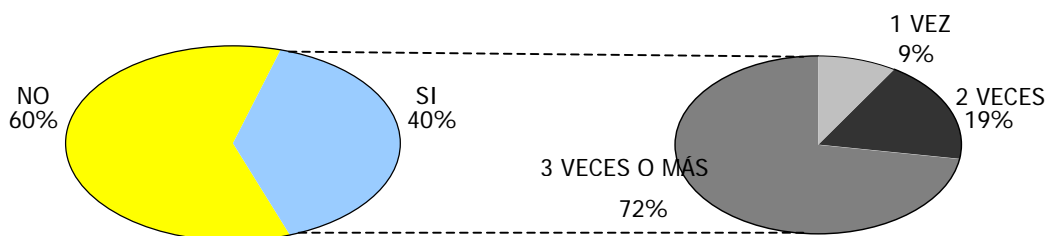
Figura 10. Porcentaje de la población de quince años y más según nivel de estudios



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005.

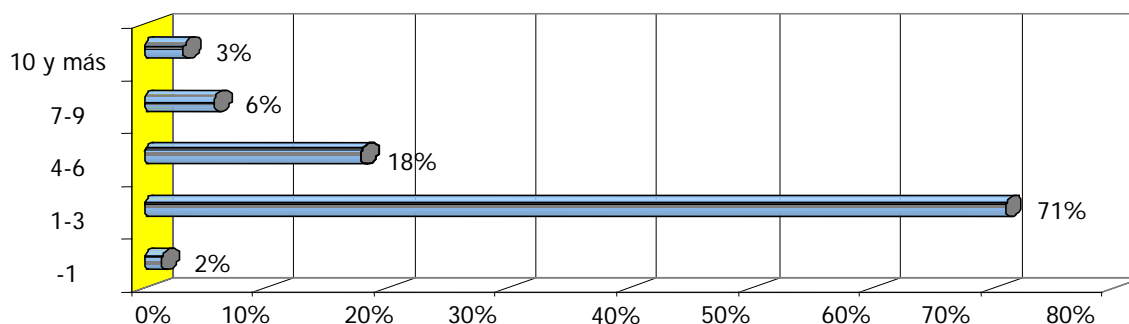
En lo que respecta al porcentaje de las personas entrevistadas que no realizan ninguna actividad física, tenemos que el 60 por ciento están en riesgo de padecer alguna enfermedad por el sedentarismo en que se encuentran. Esto se muestra en la Figura 11.

Figura 11. Porcentaje de población que realiza actividad física según frecuencia a la semana



Por otro lado, la misma población encuestada con respecto a la figura anterior tenemos que el seis por ciento de ellos pasan sentados durante el día un promedio entre siete y nueve horas, lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades crónico degenerativas. Esto se observa en la Figura 12.

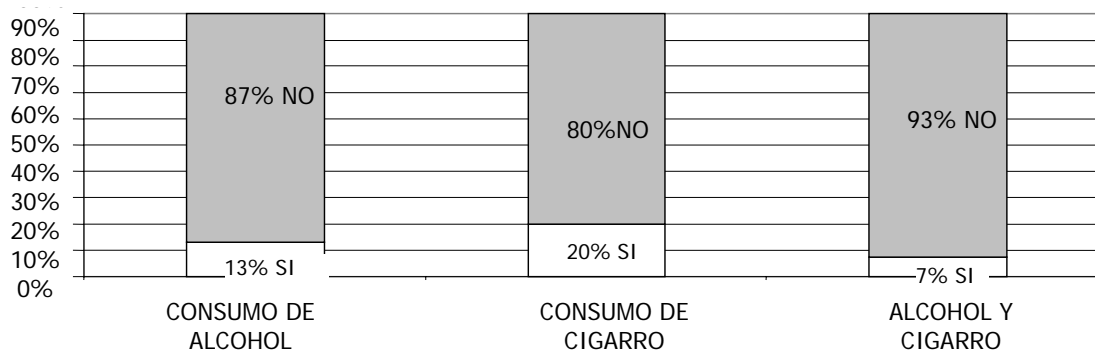
Figura 12. Porcentaje de la población según horas que pasan sentados en un día hábil



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005

Respecto a los estilos de vida que adopta la población de doce años y más, tenemos que el trece por ciento de ellos consumen alcohol, el 20 por ciento fuman tabaco y el siete por ciento tienen predilección por ambos hábitos, tal como se aprecia en la Figura 13.

Figura 13. Porcentaje de población de doce años y más según consumo de alcohol y tabaco



Aspectos del ambiente social

Con un total de 369 viviendas, en lo que respecta a las características físicas de la misma que el material predominante en techos de las viviendas es de concreto con un 89.5 por ciento, paredes de tabique con 51.5 por ciento, y pisos de cemento con 78.4 por ciento de las viviendas.

Factores de riesgo del ambiente económico

El potencial de trabajo es de 1119 personas, de las cuales el 49 por ciento se ubica en la población económicamente inactiva, y un 51 por ciento en la población económicamente activa. La distribución de ambas poblaciones se puede observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Porcentaje de población de doce años y más por condición de actividad

PEI 49 por ciento	Amas de casa		43 %
	Jubilados o pensionados		6 %
	Estudiantes		41 %
	Incapacitados permanentes para trabajar		1 %
	No trabaja		8 %
PEA 51 por ciento	Desocupada	Buscó trabajo	3 %
	Ocupada	Trabaja	97 %
		Tenía trabajo pero no trabajó	0 %

Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005.

De acuerdo a su situación en el trabajo, tenemos que un 73 por ciento de la PEA ocupada, es empleado u obrero, y un 48 por ciento de estos recibe de uno a dos salarios mínimos.

Recursos para la salud

El Centro de Salud es una unidad de primer nivel de atención urbana, cuenta con once núcleos básicos, distribuidos siete en el turno matutino y tres en el vespertino, los cuales atienden a una población de 46,549 habitantes que corresponde a 9310 familias.

Su área de responsabilidad abarca 47 colonias del centro y la periferia de la ciudad, contando con servicios de consulta externa, odontología, nutrición, análisis clínicos, salud mental, inmunizaciones, entre otros. Además de contar con cobertura médica de fin de semana.

Su horario de servicio es de 08:00 a 15:30 hrs. en el turno matutino y de 14:00 a 21:30 hrs. en el turno vespertino. La plantilla laboral con que cuenta esta unidad se aprecia en la Tabla 8.

Tabla 8. Recursos humanos del Centro de Salud

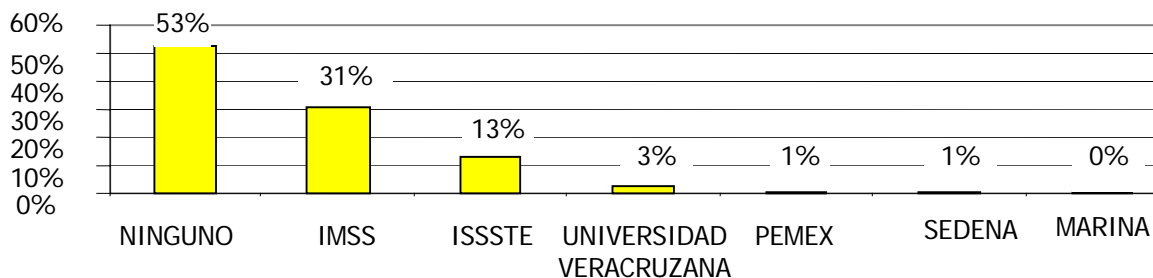
Personal médico y paramédico		Personal administrativo		Pasantes	
Director	1	Administrador	1	Cirujano dentista: 1	1
Médico general ¹	18	Jefe de mantenimiento	1	Nutrióloga: 1	1
Enfermera general	13	Analista: 1	1	Enfermera: 2	2
Jefa de enfermeras	2	Personal secretarial: 1	1	Médico general	1
Promotor de salud	1				
Enfermera auxiliar	3				
Trabajo social	2				
Cirujano dentista	4				
Nutrióloga	1				
Psicólogo	1				
Tecnólogo	1				

Fuente: Plantilla laboral del Centro de Salud J. A. Maraboto.

En la Figura 13 se aprecia que un 53 por ciento de la población no cuenta con seguridad social la cual representa un potencial significativo para demandar los servicios de la unidad. El resto de la población cuenta con seguridad social distribuida en instituciones como IMSS, ISSSTE entre otras.

¹ Dos médicos del turno vespertino se encontraban de permiso durante el período del levantamiento de la información de los cuestionarios

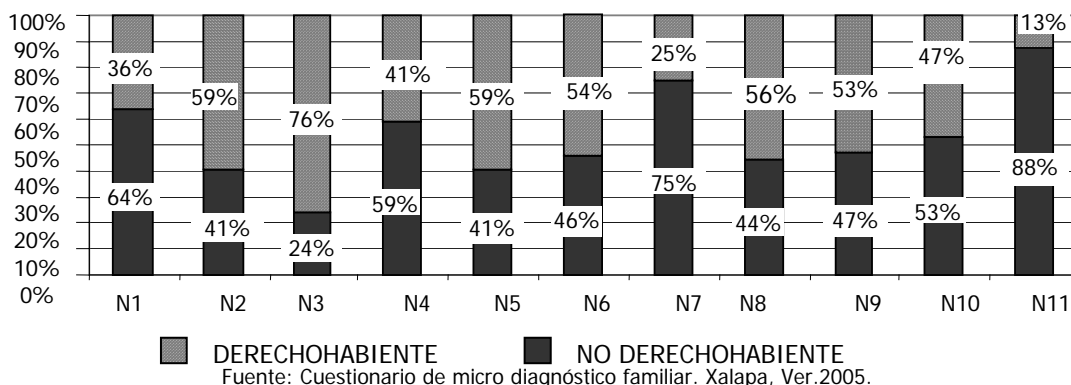
Figura 13. Porcentaje de la población con derechohabiencia y población abierta



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver. 2005.

La distribución de población por núcleo básico se observa en la Figura 14, destacando los núcleos 1, 4, 7, 10 y 11 que tienen más de un 50 por ciento de población abierta.

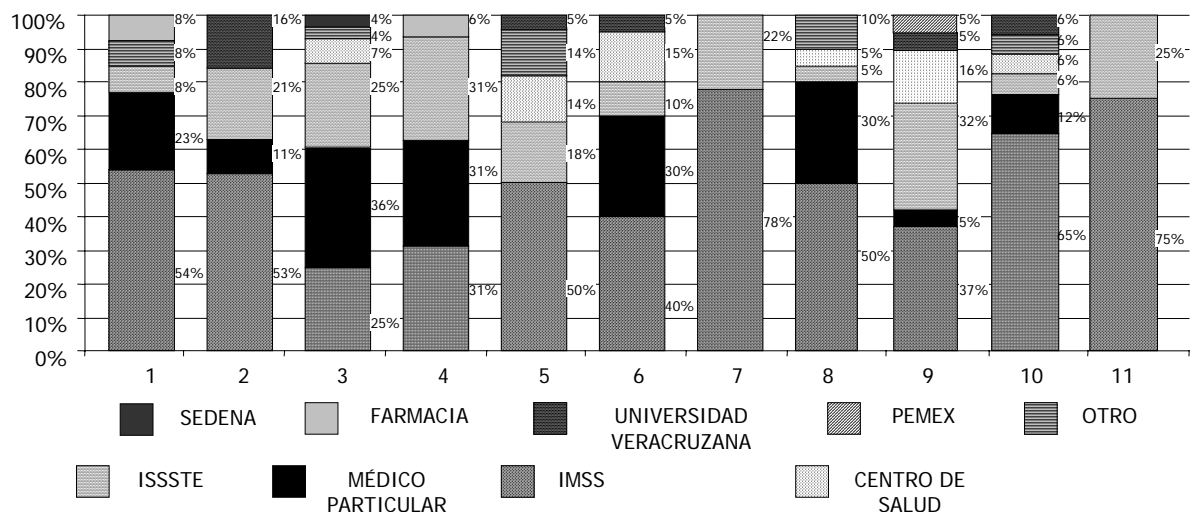
Figura 14. Porcentaje de población derechohabiente por núcleo básico



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005.

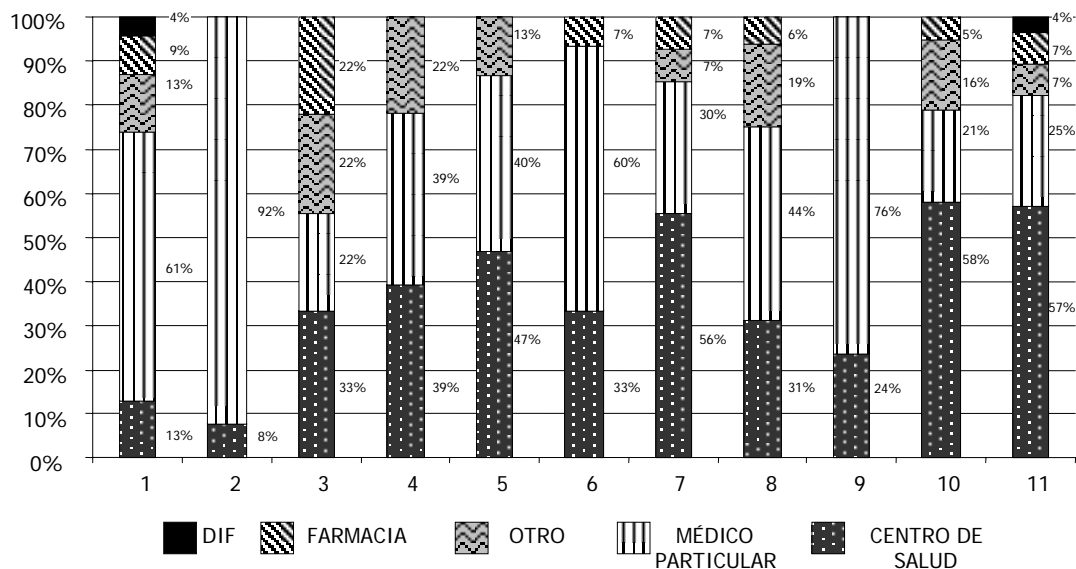
Por otro lado, la distribución de la población derechohabiente por núcleo básico utiliza principalmente los servicios del IMSS, médico particular y el ISSSTE, destacando que una pequeña proporción de la población de los núcleos 3, 5, 8, 9 y 10 demandan el servicio en el Centro de Salud tal como se aprecia en la Figura 15.

Figura 15. Porcentaje de población derechohabiente según utilización de servicios de salud



Y lo que respecta a la población abierta por núcleo básico tenemos que en general toda la población hace uso de los servicios de la unidad, aunque destacan los núcleos 7, 10 y 11 con más de un 50 por ciento de población que demanda el servicio. Luego tenemos que una gran proporción de la población en todos los núcleos acude a médico particular. Como se observa en la Figura 16.

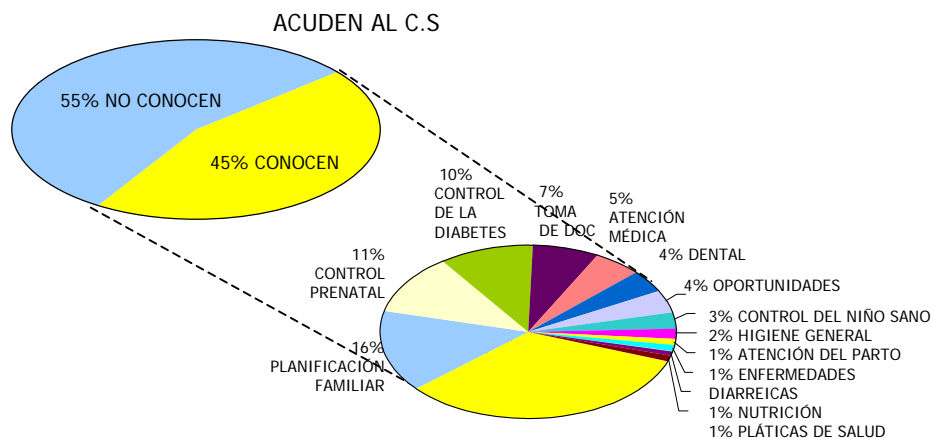
Figura 16. Porcentaje de población abierta por núcleo básico según utilización de los servicios de salud



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver.2005.

Respecto de la población que acude al Centro de Salud un 55 por ciento de ella manifestaron no conocer ningún programa que se oferta en la unidad. Y de los que dicen conocer algunos hicieron alusión principalmente al programa de vacunación universal, tal como se aprecia en la Figura 17.

Figura 17. Porcentaje de población que acude a la unidad según programas que conoce que se ofertan



Fuente: Cuestionario de micro diagnóstico familiar. Xalapa, Ver. 2005.

DISCUSIÓN

La pirámide poblacional del Centro de Salud presenta una distribución diferente a la transición demográfica que se vive, en la cual la proporción de los menores de cinco años tiende a disminuir con relación al resto de los grupos de edad, sin embargo la población del área de responsabilidad de la unidad presenta una mayor proporción de la población menor de cinco años con respecto a los otros grupos de edad.

La población de mujeres en edad reproductiva concentra un 31 por ciento de la población total, siendo que un 70 por ciento de ellas tienen hijos. Así, las mujeres que tienen menos de cuatro hijos el 65 por ciento de ellas no se ha realizado la toma de DOC, y de las mujeres con cuatro hijos y más un 60 por ciento de ellas tampoco se ha realizado la toma de DOC, por lo tanto a menor número de hijos menor interés para realizarse esta prueba.

De las personas que padecen diabetes o hipertensión arterial, el 42 por ciento y 59 por ciento respectivamente, aún no cuentan con un tratamiento médico. Por otra parte, un 39 por ciento de los diabéticos y el 36 por ciento de hipertensos tienen menos de cinco años de padecer estas enfermedades, lo que plantea posibilidades para evitar llegar a las complicaciones que estos ocasionan.

Los factores de riesgo identificados para las enfermedades no transmisibles, corresponden a los estilos de vida de la población, en donde un 60 por ciento de la población es sedentaria ya que no realiza alguna actividad física, la población que consume alcohol o tabaco, es de un trece por ciento y 20 por ciento respectivamente, y un siete por ciento consume ambos.

La mayor proporción de la población se concentra en la edad productiva, de doce a 64 años de edad, aunque sólo un 51 por ciento de ella se encuentra insertada en el aparato productivo.

De la población que participa en actividades del aparato productivo (PEA), de acuerdo a su situación en el trabajo, el 73 por ciento de estos son empleados u obreros, de los cuales el 48 por ciento perciben menos de dos salarios mínimos, lo que refleja las condiciones de vida de dicha población.

Los principales factores de riesgos para las enfermedades transmisibles están dados por las condiciones de vida de la población y los hábitos higiénicos.

Un 30 por ciento de las viviendas son riesgosas por los materiales con que están construidas: piso de tierra, paredes y techo de lámina o cartón; respecto a los servicios públicos, un cuatro por ciento no cuenta con agua entubada; un ocho por ciento de las viviendas no tiene drenaje; el uno por ciento de las familias incineran o tiran a cielo abierto la basura; y un cuatro por ciento de éstas utilizan petróleo, leña o carbón como combustible. Y un 23 por ciento de las viviendas presentan hacinamiento.

Respecto a los hábitos higiénicos, un cinco por ciento de estas consumen agua de la llave, el dos por ciento no lava y desinfecta los alimentos que consumen, y un catorce por ciento de las familias barren y limpian su vivienda de una a dos veces por semana, lo que implica también riesgos para las enfermedades transmisibles.

Puesto que, la proporción de población abierta (53 por ciento) en el área de influencia es mayor que la proporción de población con seguridad social (47 por ciento), el Centro de Salud es una unidad potencial para cubrir los servicios de salud requeridos por esta población.

La proporción de la población no derechohabiente se distribuye de manera desigual en los núcleos básicos de la unidad, de los cuales destacan el núcleo 11 con un 88 por ciento de población abierta, el núcleo 7 con 75

por ciento, el núcleo 1 un 64 por ciento, el núcleo 4 con un 59 por ciento y el núcleo 10 un 53 por ciento de población abierta.

Cabe mencionar que de los núcleo que tienen más de un 50 por ciento de población no derechohabiente, destacan los núcleos 11 y 10 que son los que hacen mayor utilización de servicios de salud en la unidad, sin embargo estos núcleos abarcan algunas de las colonias más alejadas de la unidad, y son atendidos en el turno vespertino.

La plantilla laboral de la unidad, durante el levantamiento de la información se encontraba incompleta, afectando esto a la población asignada al núcleo 11, el cual cuenta con un 88 por ciento de población abierta, y de los cuales el 57 por ciento de estos utilizan los servicios de salud del Centro de Salud.

De la población que utiliza los servicios de salud de la unidad, sólo un 45 por ciento de ellos conocen programas y servicios que se ofrecen, entre los que destacan el programa de vacunación y planificación familiar, lo que implica un desconocimiento del paquete básico familiar.

RECOMENDACIONES

Reforzar o ampliar la cobertura del programa de planificación familiar, dado que el grupo menor de cinco años, muestra una tendencia ascendente diferente a lo que tendría que estar ocurriendo en la transición demográfica.

Considerar la ampliación en cobertura de la detección oportuna de cáncer cervico-uterino a todas sus usuarias.

Incorporar a las personas diabéticas e hipertensas a un tratamiento integral: abocado a actividades físicas, dieta adecuada, y tratamiento médico.

Incorporar a los usuarios al programa de ejercicios para la salud (PROESA), con el fin de que adopten estilos de vida más saludables e incrementar la promoción en contra de las adicciones, para reducir el incremento de las toxicomanías.

Incrementar la promoción de hábitos higiénicos, tanto personales como de alimentos y limpieza del hogar, ya que en relación a las características de la vivienda en su conjunto propician el desarrollo de enfermedades transmisibles.

En vista de que la población derechohabiente por núcleos básicos arrojan una proporción considerable de población abierta, se plantea una posible reestructuración en la organización de sus servicios, que favorezcan a esta población.

Garantizar la permanencia de personal de salud como una necesidad sentida expresada por la población encuestada.

Interactuar con todo la población de su área de responsabilidad a fin de dar a conocer los servicios y programas que se ofertan en este centro de salud, para prevenir y mejorar sus condiciones de salud.

Continuar realizando la actualización del diagnóstico de salud cada año, siguiendo la metodología empleada, seleccionando una muestra de la población del área de influencia por motivos de factibilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Alva, Rafael (2002). Administración y Salud Pública. En salud pública y medicina preventiva. Editorial El Manual Moderno. 3ª Edición, México. Pp.95-103.
2. Comisión Nacional de Población (2000). Glosario. Términos sociodemográficos. México: CONAPO.
3. De Canales, Francisca H. y Eva Luz, Elia Beatriz Pineda (2002). Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Editorial Limusa. 19ª Reimpresión. México. Pp. 327.
4. Frenk, Julio (1997). La salud de la población hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica, 1ª Reimpresión, México. Pp. 165.
5. Gozález Carvajal, Eleuterio (1988). Diagnóstico de la salud en México. Editorial Trillas. México. Pp. 113.
6. González M., Max y Amable Bermeo F., Sandra Morales V., Dora Ruilova D., (2001). Gestión en los Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública. Universidad Nacional de Loja, Seguro Social campesino, proyecto Desarrollo de Espacios Saludables. OPS: Quito, Ecuador.
7. Martínez Calvo, Silva (1997). El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. Ministerio de Salud Pública. Facultad de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública v.23 n.1-2. Ciudad de La Habana ene.-dic.
8. Mendoza González y Montserrat Cardeña Boizziere (2005). Diagnóstico de Salud (Generalidades). Monografía. Xalapa, Ver. Pp. 9.
9. Organización Panamericana de la Salud (1999). Planificación Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en las Américas. OPS.
10. Rodríguez Calzadilla, Amado y. Luis Delgado Méndez (1996). Diagnóstico de salud bucal. Dirección Nacional de Estomatología. Rev Cubana Estomatol 33(1).
11. Sánchez Monge, Aurora. (2004). La conceptualización de la salud en el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Escuela de Salud Pública: Costa Rica.
12. Sonis, Abraham y colaboradores (1990). Actividades y técnicas de salud pública. Tomo I. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Editorial El Ateneo, 5ª. Ed., Argentina. Pp. 407.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lepera Luis (1990). Saneamiento ambiental. En Actividades y técnicas de salud pública. Tomo I. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Editorial El Ateneo, 5ª. Ed., Argentina. Pp. 335-351.
2. Luna Andrade, Fabiola E. y Mónica P. Carpio Llacuachaqui, Héctor M. Chávez Romero (2004). Manual Metodológico para la formulación del Plan Multianual de Inversión Pública del Sector Salud. Oficina Ejecutiva de Proyectos de Inversión. Ministerio de Salud: Lima, Perú.
3. Scheaffer, Richard L. y William Mendenhall, Lyman Ott (1987). Elementos de muestreo. Instituto Tecnológico Autónomo de México, Grupo Editorial Iberoamericana. México: ITAM.

DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD URBANO SEBASTIÁN LERDO DE TEJADA

Alejandra Arellano Ale, Josefa Patricia Marín Lozano, María de Lourdes Mota Morales

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de salud tiene como propósito conocer la situación de salud y el grado de satisfacción de las necesidades de la población con el fin de estimar los requerimientos y demandas actuales y futuras. El análisis de los apartados y las correlaciones que se establecen en él, explican el nivel de vida mediante características de la población y del medio ambiente, la existencia y distribución de los recursos para la salud y la forma en que éstos afrontan los problemas de salud de la población.

El diagnóstico de salud que se realizó en esta investigación se compone de antecedentes históricos, aspectos geográficos, factores de riesgo del ambiente, aspectos demográficos, daños a la salud, factores de riesgo del ambiente social, factores de riesgo del ambiente económico y recursos para la salud.

Dentro de cada componente, se estudiaron aspectos geográficos para identificar las características territoriales del área a estudiar como área geográfica estadística básica (AGEB), colonias y calles.

En factores de riesgo del ambiente físico se estudió el saneamiento del medio, es decir, el control del ambiente físico externo del hombre, cuyo objeto es proporcionarle mejores condiciones para su sobrevivencia y actividades. Dentro del saneamiento se estudiaron el control de las condiciones sanitarias del agua para su ingesta como calidad del agua de consumo humano: hervida, clorada, filtrada, embotellada, potable, cruda. La eliminación de excretas (humana y/o animal) como drenaje, letrina y/o fosa séptica, al ras del suelo. Disposición de basura: a través del servicio público recolector, la entierran, la queman, la botan al depósito de desecho común. Fauna nociva: si hay moscas, mosquitos, ratas, víboras, arañas, perros, gatos, entre otros.

En aspectos demográficos se estudió la estructura y la dinámica de las poblaciones humanas como población total del área, distribución de la población por grupo de edad y sexo (pirámide poblacional) y estado civil.

En daños a la salud se estudiaron los factores de riesgo de mortalidad y morbilidad. En factores de riesgo del ambiente social se estudió el tamaño de familia y tipo de familia, es decir, nuclear, extensa, monoparental, unipersonal y no familiar; en educación se estudió a la población alfabeta, analfabeto y escolaridad completa o incompleta; características de la vivienda, es decir, el material con el que está construido el techo, muros y suelo o piso; en estilos de vida se estudió el consumo de alcohol, consumo de tabaco, sedentarismo y/o actividad física y hábitos alimentarios; en malnutrición se estudió sobrepeso y obesidad; en organización comunitaria se estudió la existencia de comités de salud.

En factores de riesgo del ambiente económico se estudió a la población económicamente activa, población económicamente activa ocupada y a la población económicamente inactiva, población ocupada por situación en el trabajo, nivel de ingreso familiar mensual y población ocupada según ingreso por trabajo en salario mínimo individual mensual.

En recursos para la salud se estudió a la población con acceso a servicios de salud, con derecho a seguridad social como IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y población abierta con derecho a SESVER e IMSS-

OPORTUNIDADES. En acceso a los servicios de salud se midió la distancia que deben recorrer las personas de un área de influencia hacia cualquier unidad de primer nivel para demandar atención médica por medio habitual la cual no debe ser mayor a 60 minutos. En Recursos Humanos (Salud), se realizó inventario de personal operativo vinculado al centro de salud.

Se promovió el ejercicio periódico y certero en su elaboración de los integrantes del equipo de salud y se favoreció la vinculación interinstitucional con la Facultad de Medicina y Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana de Xalapa Veracruz en la realización del mismo.

Con los resultados obtenidos con el presente trabajo de investigación se pretende coadyuvar en el reordenamiento de las acciones a nivel local para la ejecución de programas de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer el estado de salud-enfermedad de la población usuaria a los servicios de salud de un ámbito geográfico determinado, es relevante para orientar las acciones de los prestadores de servicios de salud y conciliar las demandas de los usuarios y el cumplimiento de metas y análisis de logros de programas institucionales.

Dicha aproximación es abordada en el centro de salud en base a los lineamientos propuestos por la Guía Metodológica emitida por los SSA e integrarlos en un documento final como Diagnóstico de Salud.

El rotafolio de datos básicos, es realizado por el equipo de salud de cada núcleo básico por turno en el último trimestre de cada año y contar con un documento que guíe la programación de las acciones en dicha micro-región del año que le sigue.

El centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, cuenta con una población total 58,606 habitantes, 26,605 habitantes cuentan con seguridad social y 32,001 es considerada población abierta. Funciona con once núcleos básicos, siete núcleos básicos integrados para cinco zonas geográficamente definidas en el ámbito urbano que consta de 43 colonias en 19 AGEB dos núcleos para atención a las familias beneficiadas del Programa Oportunidades en el módulo Constituyentes, dos núcleos para los módulos ubicados en las localidades del Castillo y Chiltoyac. Se cuenta con ocho rotafolios de datos básicos siguientes: Núcleo Básico 1, con siete colonias y fracciones de tres colonias más, con fecha de realización 2005, Núcleo Básico 2, con seis colonias de fecha 2004, Núcleo Básico 3, con siete colonias, realizando el procesamiento de datos de las cédulas de microdiagnóstico con el laboratorio de Investigación y Asesoría Estadística de la Facultad de Estadística e Informática de la UV de fecha 2004-2005. El Núcleo Básico 4 con tres colonias, con fecha 2005. Núcleo Básico Constituyentes (turno Vespertino) con atención de 23 colonias, para el programa Oportunidades, con fecha 2005. Núcleo Básico Constituyentes (turno matutino) 25 colonias para atención de familias del programa oportunidades, con fecha 2005, Núcleo Básico 5, con trece colonias con fecha 2005, Núcleo Básico 7 de la Colonia las cruces con fecha 2005, Núcleo Básico 8 de la Colonia 6 de Enero y San Antonio Paso del Toro sin fecha de realización. Los prestadores de servicios son un director de la unidad, una jefa de enfermeras, 17 médicos, siete enfermeras, una psicóloga, un promotor, tres odontólogos, una nutrióloga, dos trabajadoras sociales, dos administradores y un auxiliar administrativo que cubren los turnos matutinos, vespertino y jornada acumulada de fin de semana. Sin embargo, con la información existente, el documento integrador Diagnóstico de Salud, no existe en la unidad.

Así también se revisaron los avances que se tienen a través de los registros de información con la finalidad de conocer los avances de los programas institucionales, las principales causas de morbilidad en los últimos cinco años y lo presentado en el curso del 2005, se consultaron los datos de mortalidad municipal que reflejan, indirectamente los daños a la salud, que se presentan en la población usuaria.

Las demandas de atención de salud en el periodo 2001-2004 fueron de 19,199 consultas de primera vez, las tres primeras causas de demanda reportadas fueron: las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales por otros microorganismos y las mal definidas así como ascariasis, en los grupos de menor de un año hasta 64 años de edad. Ya que la tercera causa de demanda en los mayores de 65 y más años fueron las úlceras, gastritis y duodenitis ocupando el segundo y tercer lugar, del período antes mencionado.

En el menor de un año, la desnutrición como demanda de consulta se ubicó a partir del 2002 en el cuarto lugar y en el tercero para los años del 2003 y 2004. Como quinta causa la otitis media aguda del 2001 al 2003. Las amibiasis y ascariasis, cuarto y séptimo lugar y las infecciones de vías urinarias ocuparon el sexto y cuarto lugar en los dos últimos años referidos.

En los menores de uno a cuatro años, para el período de estudio, la desnutrición ocupó el cuarto y tercer lugar, la amibiasis en el quinto lugar y, oxiuriasis, sólo es reportado en el 2002. Las mordeduras por perro, se reportaron en el octavo, séptimo y quinto lugar a partir del 2002.

Para los grupos de quince a 24 años de edad, el patrón continuó con la misma representación de demanda de atención, agregándose las úlceras, gastritis y duodenitis, que aparecieron en el octavo, noveno, cuarto y sexto lugar respectivamente del período 2001-2004 respectivamente. La candidiasis y tricomoniasis en el 2001, ocuparon el quinto y el noveno lugar, en el 2002 no se reportaron, en el 2003 la candidiasis ocupó el octavo lugar y en el 2004 el noveno y el décimo lugar.

En el grupo de 25 a 44 años de edad, durante el 2001, la candidiasis y tricomoniasis ocuparon el tercero y cuarto lugar, en el 2002 no se reportaron. En el 2003, la candidiasis ocupó el quinto lugar y, en el 2004, el tercero y la tricomoniasis el sexto. Las enfermedades parasitarias así como úlceras y gastritis continuaron presentándose en el séptimo, cuarto, segundo lugar, y amibiasis en el sexto lugar a excepción del 2004 que no fue reportado. La otitis media aguda en el noveno y octavo lugar del 2001 al 2003.

Para el grupo de 45 a 64 años de edad la candidiasis urogenital y tricomoniasis se presentaron en el cuarto y quinto lugar en el 2001, el séptimo lugar en el 2003 y séptimo y décimo lugar en el 2004, respectivamente.

En los grupos de 65 y más años de edad, se presentaron las úlceras, gastritis y duodenitis ocupando el segundo y tercer lugar en los años 2001 y 2002 y las enfermedades parasitarias y amibiasis se presentaron en el sexto y décimo lugar en los años 2002 y 2003. Las infecciones de vías urinarias, sólo se reportaron en el 2004 en el cuarto lugar.

Durante el año 2005 hasta la semana 36, las dos primeras causas fueron las infecciones respiratorias e infecciones intestinales por otros microorganismos que continuaron presentándose en todos los grupos de edad. Las enfermedades de transmisión sexual como candidiasis y tricomoniasis urogenital en el grupo de 25 hasta 64 años de edad ocuparon el cuarto, sexto y tercer lugar.

En relación a la mortalidad general en el municipio de Xalapa, las diez primeras causas fueron: enfermedades del corazón con una tasa de 78.5, tumores malignos con 75.7, Diabetes Mellitus 61, enfermedades del hígado con 35.9, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 30.4, influenza y neumonía con 27.9, enfermedades cerebro vasculares con 27.7, accidentes con 26.7, malformaciones congénitas y deformidades, 12.5, insuficiencia renal con el 11.8. Las cinco primeras causas por grupo de edad fueron: En el grupo infantil ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de 1840, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 511.2, influenza y neumonía 146, accidentes 146, infecciones respiratorias agudas 73, bronquitis y bronquiolitis 73 por 100,000 nacidos vivos registrados.

En el grupo preescolar, se presentó la influenza y neumonía con 19.2, malformaciones congénitas con 19.2, hepatitis viral 15.4, accidentes 11.5, enfermedades infecciosas intestinales 7.7. En el grupo escolar, los tumores malignos con una tasa de 8.3, accidentes 8.3, influenza, neumonía 5.6, malformaciones congénitas 5.6, enfermedades del corazón fiebre reumática 2.8, en el grupo productivo, se presentaron tumores malignos 49.7, Diabetes Mellitus 35.4, enfermedades del hígado 35.4, enfermedades del corazón 25.7, accidentes 25, en el grupo de edad postproductiva se presentaron las enfermedades del corazón 1095.4, tumores malignos 72.7, Diabetes Mellitus 659.9, enfermedades cerebro vasculares 347.5 e influenza y neumonía 312.3 las tasas fueron calculadas a excepción del menor de un año por 100,000 habitantes ambos sexos.

También se encontró como causa de mortalidad en la edad productiva, el embarazo, parto y puerperio, presentándose dos defunciones en el 2001, tres para el 2002, uno para el 2003, tres para el 2004 y hasta el mes de julio del 2005 se presentaron tres defunciones maternas. De las cuales, ocurrieron en la localidad de Chiltoyac y una en la colonia de Casa Blanca que son localidad y colonia que se encuentran en el área de influencia del centro de salud.

En relación a los indicadores de caminando a la excelencia, en el cual se analizaron los avances en ocho componentes, para el centro de salud, en el primer semestre, los logros obtenidos fueron, en el componente de vacunación universal, las coberturas en relación a la población censada, que los esquemas de vacunación completos se encontraban al 95.4 por ciento y coberturas por biológico por arriba del 95 por ciento. En relación al control prenatal, se contó con un promedio de 5 consultas por embarazada, con una incorporación del 39 por ciento de embarazadas al primer trimestre, del 48 por ciento y del once por ciento al segundo y tercer trimestre respectivamente y de tres consultas promedio a púerperas. En relación al componente de planificación familiar, se contó con una eficacia del 61.44 por ciento, con una calidad del 97.32 por ciento, con coberturas del 17 por ciento y un 58 por ciento de usuarias nuevas.

En el componente cáncer cérvico-uterino, se realizaron de enero a octubre de 2005, 1088 citologías, encontrándose un total de 28 resultados positivos a displasia leve, moderada y severa y un cáncer in situ, con un resultado positivo para VPH en 24 pacientes. La cobertura global fue del 34 por ciento, alcanzando un 99 por ciento en la calidad de la muestra y una oportunidad en el diagnóstico del 58 por ciento. El grado de eficiencia y el control de calidad alcanzaron un 2.5 por ciento.

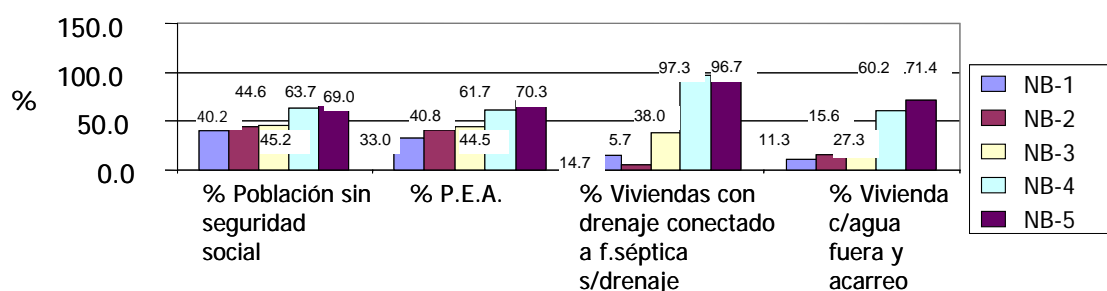
Del Programa del Adulto y el Adulto Mayor, en los componentes de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, se encontraron registrados 186 y 125 pacientes en control respectivamente, se tuvo un alcance del 9 por ciento en relación a detecciones, un promedio de 26 por ciento en la atención con calidad y un 100 por ciento de congruencia en la información. En detecciones a hiperplasia prostática sólo el nueve por ciento y atención a enfermedades cerebro vasculares el 25 por ciento. En el rubro de control y prevención de VIH, SIDA, ETS, se alcanzó el 2.1 por ciento en usuarios de condón y, se tiene una cobertura del 100 por ciento en embarazadas a las cuales se les realizó el VDRL. En el Programa de Tuberculosis se tuvieron a siete pacientes en control con un 63 por ciento de cobertura en sintomáticos.

Lo encontrado con base en los datos de morbilidad, es compatible con lo expresado en la Encuesta Nacional de Salud 2000, en el apartado de la percepción de la población que refirió algún problema de salud, en las dos semanas previas a la encuesta, se mencionó que en las enfermedades respiratorias el 52.7 de la población de 0 a 20 años y más lo refirieron y en relación a las enfermedades diarreicas el 5.2 de ese grupo de edad refirió su presencia sin embargo en relación con las enfermedades no transmisibles los padecimientos que refirieron fueron cefalea 3.3, Hipertensión Arterial el 2.4, Diabetes Mellitus 1.5 asociando dicha percepción al sexo femenino, instrucción de nivel básico, analfabeta y bajo nivel de ingreso. Se indicó también que Veracruz, como entidad federativa, se encuentra con la mayor proporción de falta de solicitud de atención al personal de salud con un 44.7 por ciento refiriendo como principales motivos: no lo

consideran necesario 57.5, razones económicas 14.3, no tenían tiempo 8.1, falta de confianza 2.9, y asistió pero no la atendieron 1.6.

Los indicadores que se consideraron para construir el nivel de marginalidad, fueron: la población total de cada núcleo básico, población derechohabiente a servicios de salud, población sin derechohabencia, población ocupada con ingreso de hasta dos salarios mínimos, total de viviendas habitadas, total de viviendas con drenaje a fosa séptica y sin drenaje y, total de viviendas con disponibilidad de agua fuera de la vivienda y acarreo^a. Se observó una heterogeneidad en relación a los indicadores mencionados en la población total que no cuenta con alguna derechohabencia y en el indicador de población ocupada con ingreso de las hasta dos salarios mínimos, se presentaron porcentajes que van del 40 al 70 por ciento, encontrándose los mayores porcentajes en los núcleos 4 y 5; en el indicador que cuenta con drenaje a fosa séptica y sin drenaje, se observó un 97.3 por ciento y 96.7 por ciento en los núcleos 4 y 5 respectivamente; así como en el porcentaje obtenido de viviendas con agua fuera de la vivienda y acarreo de 60.2 por ciento y un 61.4 por ciento respectivamente (Gráfica 1).

Indicadores de población y vivienda por núcleo básico del Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada



Lo que orientó a considerar por familia, la realización de un ejercicio de investigación a nivel comunitario, para analizar e identificar los factores de riesgo y las condiciones de salud de las familias en la comunidad de estudio.

Justificación y uso de los resultados

Un gran número de enfermedades transmisibles pueden ser prevenidos mediante la utilización de métodos sencillos como: la vacunación, la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, el mejoramiento en los hábitos de higiene personal y doméstica, el uso de agua segura y la eliminación sanitaria de excretas y las prácticas adecuadas de alimentación.

Sin embargo la realización de éstas, pueden verse limitadas, por factores relacionados con el nivel de escolaridad, el ingreso económico con base en la ocupación, las condiciones de la vivienda la disposición de servicios públicos, un adecuado manejo de alimentos e higiene personal, aunado a ello, la percepción que las familias tienen hacia algunos padecimientos que tradicionalmente las consideran *normales* como son las de nuestro interés.

El contar con un estudio que nos oriente en la posible determinación de los factores mencionados y las enfermedades diarreicas e infecciosas, brindó la oportunidad de tenerlos como características de riesgo en una zona determinada, el conocimiento de los mismos por los equipos de salud para la reorientación de

^a de acuerdo a la población del INEGI, CENSO 2000.

acciones en salud, la difusión a los integrantes y representantes en las áreas de mayor riesgo y como base para estudios de planeación y priorización en la dotación de servicios públicos.

MARCO TEÓRICO

La participación de los individuos y de la comunidad en la construcción y reconocimiento del proceso de salud y de la enfermedad, fue abordado por diversos autores^{1,2}, quienes además destacan su papel, en la planificación, ejecución y evaluación e incorporación de conocimientos populares que en materia de salud los profesionales de la salud en su ejercicio cotidiano de la prestación de los servicios deben realizar.

Al respecto, Hernández Rodríguez y colaboradores, refieren que la conceptualización del estado de salud de la población y la práctica médica, incluida la organización del sistema de salud como tal, empleó diferentes modelos para dar respuesta a las necesidades de salud que en su momento histórico se han manifestado. Resaltó que para alcanzar el objetivo como sistema de salud, que es el de mejorar el estado de salud de la población se debe medir la situación en que se encuentra periódicamente, para identificar los problemas que lo afectan y aplicar medidas encaminadas a su solución, utilizando la investigación epidemiológica y la participación activa de la comunidad. Lo que también sirve para evaluar la competencia y desempeño de los profesionales de la salud y su grado de aceptabilidad por parte de la población de los servicios que recibe.

La conceptualización del análisis del estado de salud, integró dos componentes, uno que es el diagnóstico de salud, que se realiza a partir del trabajo técnico por personal del sector salud y, otro, de análisis, cuando se complementa con los conocimientos populares considerándolo por tanto un solo proceso que sirve para la identificación y priorización de problemas de salud que concluye con un plan de acción.

Enmarcó, el estado de salud de la población en las dimensiones general, particular y singular refiriéndolos como modo, condiciones y estilos de vida y el diagnóstico como el estudio de la situación de salud por los técnicos a partir de los elementos que lo componen y los factores que condicionan sus comportamientos. Y va más allá al considerar que las necesidades sentidas de la población y su participación activa en la solución de sus diferentes problemas se haga a través de acuerdos duraderos entre los involucrados en el proceso. Destacó el papel de la epidemiología vinculada a la organización de los servicios de salud, el concepto de salud y no de enfermedad, así como las consideraciones sobre la participación comunitaria y social sobre el concepto de salud.

El equipo de Hernández, propuso dos grandes apartados para la construcción del diagnóstico: componentes agrupando lo demográfico, morbilidad, invalidez y crecimiento y desarrollo y a su vez integra elementos que denomina, estructurales, dinámicos, enfermedades y otros daños a la salud como deficiencia, discapacidad, minusvalía y capacidades físicas y mentales diferentes. En los determinantes, agrupa el modo de vida, biológico, ambiente, organización de los servicios de salud, económico y social denominando factores a hábitos tóxicos como tabaco y alcohol; estrés, empleo educación, urbanización, genética, inmunología, contaminación y saneamiento, equidad, accesibilidad, calidad de la atención, necesidades sentidas, nivel de vida, calidad de vida, conducta, conciencia y cultura.

El acercamiento para la integración de un modelo, coincidió en el modelo propuesto por Mendoza y colaboradores (monografía 2005, ISP) en lo relacionado a los componentes demográficos, morbilidad y en determinantes en modo de vida, ambiente, económico y en algunos indicadores de la organización de los servicios de salud como la accesibilidad y calidad de la atención. Si bien existe consenso en los apartados, se propuso como metodología para definir los factores de riesgo, con base en las principales causas de morbilidad encontradas en la propuesta CARMEN, que son EL Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades Transmisibles en la cual se define en los individuos, factores de riesgo generales como edad, sexo; conductuales como tabaquismo, dieta inadecuada, sedentarismo; factores de

riesgo intermedios como la hipercolesterolemia, la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad. En las comunidades los factores contextuales fueron las condiciones sociales como pobreza, empleo y composición familiar, condiciones del ambiente como clima y contaminación, condiciones culturales como las prácticas, normas y valores sociales, condiciones de urbanización como vivienda, acceso a bienes y servicios.

OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo sociales, económicos y ambientales relacionados con las enfermedades transmisibles y no transmisibles en la población usuaria del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, para sugerir recomendaciones de intervención que favorezcan el mantener o restaurar su salud.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte cuantitativo de tipo transversal, realizado en el período comprendido del 29 de agosto al 16 de diciembre del 2005

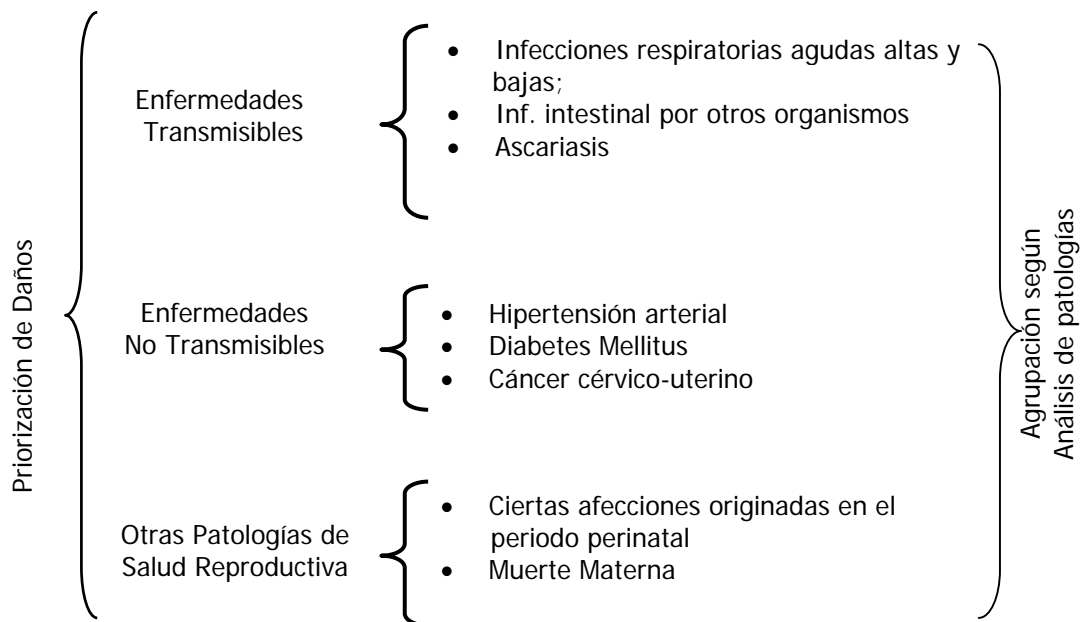
Criterios generales de planificación del Diagnóstico de Salud

Con base en la metodología propuesta por Carmen (Conjunto de Acciones para Reducción Multifactorial de enfermedades no transmisibles), se definieron los factores de riesgo de las personas como: riesgos generales, riesgos conductuales y, los factores intermediarios, que proponen los factores relacionados a la comunidad como: condiciones sociales y económicas, del medio ambiente, cultura y urbanización.

Por ello, de las principales causas de morbilidad, datos acumulados a la semana 36 del año 2005, se identificaron los factores de riesgo general, conductual e intermediarios de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, otras patologías no especificadas, así como patologías relacionadas con la salud reproductiva.

Una vez realizado el ejercicio de priorización de daños a la salud así como el análisis metodológico se tomaron en consideración ciertas variables para la medición de la marginalidad de la comunidad responsable del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada y se consideró importante abordar estos criterios relacionados con las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades crónico degenerativas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cáncer, Enfermedades infectocontagiosas como Tuberculosis, Salud Reproductiva como embarazo, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y métodos de planificación familiar usados, estilos de vida como sedentarismo y actividad física, alcoholismo, tabaquismo y hábitos alimentarios, así como también composición familiar por grupos de edad y sexo y aspectos económicos de la comunidad en estudio así como los recursos para la salud con los que cuentan; dichos criterios fueron usados para la realización del diagnóstico de salud del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada. Con base en la propuesta, se realizó la priorización de los factores de riesgo determinando los de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Agrupación de enfermedades según análisis de patologías priorizadas



Por lo que la estructura integral del diagnóstico de salud incorporó los siguientes apartados:

Aspectos geográficos: características territoriales del área a estudiar: límites del área a estudiar como AGEB (Área Geográfica Estadística Básica), colonias y calles.

Factores de riesgo del ambiente físico: saneamiento del medio (control de las condiciones sanitarias del agua para su ingesta, eliminación de excretas, disposición de basura, fauna nociva).

Aspectos demográficos: población total del área, distribución de la población por grupos de edad y sexo (pirámide poblacional) y estado civil.

Daños a la salud: factores de riesgo de mortalidad y morbilidad.

Factores de riesgo del ambiente social: el tamaño de familia y tipo de familia, educación (población alfabeto, analfabeto) y escolaridad completa o incompleta, características de la vivienda, estilos de vida (consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo o actividad física y hábitos alimentarios), malnutrición (sobrepeso y obesidad) y organización comunitaria (Comités de salud).

Factores de riesgo del ambiente económico: población económicamente activa, población económicamente activa ocupada y población económicamente inactiva, población ocupada por situación en el trabajo, nivel de ingreso familiar mensual y población ocupada según ingreso por trabajo en salario mínimo individual mensual.

Recursos para la salud: derechohabencia, accesibilidad a los servicios de salud, recursos humanos (salud).

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.
Criterios de inclusión y exclusión

El universo de estudio del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada fue de 58,606 habitantes según estudio de regionalización operativa integrados en 11,721 familias distribuidas en once núcleos básicos que proporcionan servicios de salud a 19 AGEB en las 42 colonias y además, siete localidades rurales.

Para esta investigación se obtuvo del Censo 2000 una población de 23,155 habitantes de 17 AGEB que conforman cinco de los once núcleos básicos bajo la responsabilidad del centro de salud.

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo por conglomerado, donde se obtuvo una muestra de 369 familias distribuidas en los 17 AGEB, de los cinco núcleos básicos que representan el 80 por ciento de la población total del centro de salud, aleatoriamente se identificó el número de manzana(s) en donde se inició el levantamiento de la encuesta.

La fórmula que se utilizó para calcular el tamaño de la muestra fue la siguiente:

$$\text{Fórmula para el tamaño de muestra: } n = \frac{Mpq}{(M-1)D + pq}$$

$$D = B^2/4; \text{ donde B es el error de estimación}$$

$$* \text{ familias} = \text{población}/5$$

En los criterios de inclusión, se consideraron los núcleos básicos 1, 2, 3, 4 y 5 que son los núcleos urbanos que presentan una gran heterogeneidad entre ellos y por concentrar el mayor número de población (80 por ciento) demandante de los servicios de salud, brindó la representatividad que todo estudio requiere, se excluyó el resto de los núcleos básicos y las siete localidades rurales bajo su responsabilidad.

En el cuadro 2, se representó a los cinco núcleos básicos con el total de familias de responsabilidad para cada uno, siendo para el núcleo básico uno 1525 familias, núcleo básico dos 692 familias, núcleo básico tres 782 familias, núcleo básico cuatro 803 familias y núcleo básico cinco 829 familias, con un total general de familias de 4631 y una muestra de 369 familias, con un nivel de confiabilidad del 95 por ciento.

Cuadro 2. Número de familias por núcleo básico del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada de Xalapa Veracruz, octubre 2005

Datos para la obtención de la muestra					
Conglomerado	Familias*	p	q	D	Muestra(n)
NB-1	1525	0.5	0.5	0.000625	369
NB-2	692				
NB-3	782				
NB-4	803				
NB-5	829				
Total(M)	4631				

Con los resultados obtenidos, se llevó a cabo la repartición de la muestra proporcionalmente de acuerdo al número de familias de cada núcleo básico (Cuadro 3).

Cuadro 3. Muestra proporcional por familia de cada núcleo básico del Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada de Xalapa Veracruz, octubre del 2005

Muestra por núcleo básico y número de familias		
Núcleo básico	Universo	Muestra
NB-1	1525	121.5285683
NB-2	692	55.1388469
NB-3	782	62.29414813
NB-4	803	63.999309
NB-5	829	66.03912762
Fórmula: $mNBi = mi/M * n$; De donde i es el número de núcleo básico		

Procedimiento para la recolección de información, instrumentos utilizados y métodos para el control y calidad de los datos

La obtención de los datos se hizo a través de un instrumento inspirado en la cédula de micro diagnóstico, el cual está estructurado con datos geográficos, factores de riesgo del ambiente físico, demográficos, daños a la salud, factores de riesgo del ambiente social, factores de riesgo del ambiente económico y recursos para la salud.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en tres etapas: la primera fue el 8 de diciembre del 2005 con 17 alumnos del quinto semestre grupo cuatro de la Facultad de Medicina, se recolectó información de los AGEB 084-0, 061-A y 060-5. La segunda etapa fue el 10 de diciembre del 2005 con 28 alumnos de primer semestre de la Facultad de Nutrición y personal del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, se recolectó información de los AGEB 059-2, 056-9, 057-3, 139-3, 055-4 y 102-0. La tercera etapa fue el 15 de diciembre del 2005 nuevamente con los alumnos del quinto semestre grupo cuatro de la Facultad de Medicina y personal del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, se recolectó información de los AGEB 047-A, 046-5, 009-4, 134-0 y 012-6.

En el cuadro 4, está representada la cantidad de encuestas realizadas en cada colonia correspondiente al Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada, siendo once colonias en estudio con un total de 379 familias encuestadas, ya que aumentó la muestra diez familias más por aquellas familias que no quisieran participar en las encuestas, correspondiendo 23 encuestas para la colonia 2 de Abril, 20 encuestas para la colonia Azteca, 22 encuestas para la colonia Constituyentes, once encuestas para la colonia Francisco Villa, 44 encuestas para la colonia Higueras, 48 encuestas para la colonia Jardines de Xalapa, 24 encuestas para la colonia Laureles, 122 encuestas para la colonia Lomas de Casa Blanca, una encuesta para la colonia Modelo, 52 encuestas para la colonia Sebastián Lerdo de Tejada y doce encuestas para la colonia Vanguardia.

Cuadro 4. Número de encuestas realizadas en las colonias correspondientes a los cinco núcleos básicos del Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada de Xalapa Veracruz, Diciembre 2005

Núcleo básico	Colonia	Número	Porcentaje
NB1	2 de abril	23	6.1 %
	Jardines de Xalapa	48	12.7 %
	Laureles	24	6.3 %
	Modelo	1	0.3 %
NB2	Azteca	20	5.3 %
	Constituyentes	22	5.8 %
	Sebastián Lerdo de Tejada	52	13.7 %

	Vanguardia	12	3.2 %
NB3	Francisco Villa	11	2.9 %
NB4	Lomas de Casa Blanca	122	32.2 %
NB5	Higueras	44	11.6 %
	Total	379	100.0 %

Se llevó un control de las encuestas que se repartieron a los encuestadores por área geográfica para vigilar el buen llenado de éstas, se concentraron diariamente las encuestas aplicadas por un supervisor quien validó que el llenado de dichas encuestas fuese del 100 por ciento y en caso de no ser así, se revisaron los motivos por los cuales no fue llenada adecuadamente.

La entrada y gestión informática de los datos se realizó mediante el software EpiInfo tanto para la realización de la encuesta como para la captura de los datos, el proceso y análisis de los mismos, mediante algunas estadísticas descriptivas.

Definición operacional de las variables

De acuerdo a la priorización de los daños y agrupación de estas patologías se clasifican los factores de riesgo en conductuales, intermedios, sociales y económicos, de los cuales se llevó a cabo la selección de indicadores como factores de riesgo.

RESULTADOS

Factores demográficos

En lo relativo a los factores demográficos, se tienen 379 familias las cuales integran a 1467 habitantes, conformada por 45.9 por ciento hombres y el 54.1 por ciento mujeres, concentrándose en el grupo poblacional de quince a 24 año que corresponde al 21 por ciento del total de población estudiada, le siguen en importancia los grupos de edad de cinco a catorce años con un 16.8 por ciento, el grupo poblacional de 25 a 44 años ocupa el 28.62 por ciento. Los menores de cinco años, el ocho por ciento y los mayores de 60 corresponden al once por ciento de la población estudiada la proporción mayor. En relación al estado conyugal y sexo, las mujeres se encuentran en mayor proporción que los hombres, como divorciadas, separadas y solteras que corresponde al 53 por ciento, tres puntos porcentuales mayor que los casados y en unión libre. Encontrando que el núcleo uno es el que concentra el mayor porcentaje, después el núcleo cinco, no así con los viudos (a) que se ubican en el núcleo uno, cuatro, tres, cinco y el dos respectivamente (Tablas 1, 2, 3 y 4, figura 1).

Tabla 1. Población por sexo del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Sexo	Número	Porcentaje
Hombres	673	45.9 %
Mujeres	794	54.1 %
Total	1467	100.0 %

Figura 1. Pirámide de población por sexo del área de influencia del centro de salud "Sebastián Lerdo de Tejada", diciembre 2005

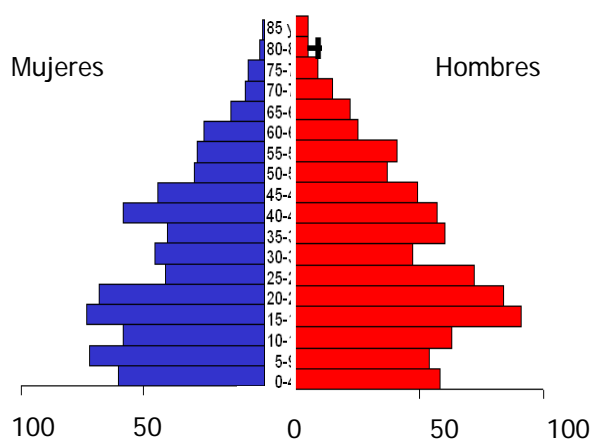


Tabla 2. Población de doce años y más por sexo y estado conyugal, del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Sexo	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo	Separado	Soltero	TOTAL
Hombres	229	68	4	3	9	204	517
%	49.1	48.9	22.2	6.3	22	44.3	44.1
Mujeres	237	71	14	45	32	257	656
%	50.9	51.1	77.8	93.8	78	55.7	55.9
Total	466	139	18	48	41	461	1173

Tabla 3. Población de doce años y más por estado conyugal, y núcleo básico del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Núcleo	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo	Separado	Soltero	TOTAL
NB1	177	28	8	13	18	163	407
%	43.5	6.9	2	3.2	4.4	40	100
NB2	62	17	3	5	5	61	153
%	40.5	11.1	2	3.3	3.3	39.9	100
NB3	78	19	1	10	6	66	180
%	43.3	10.6	0.6	5.6	3.3	36.7	100
NB4	74	26	2	12	6	79	199
%	37.2	13.1	1	6	3	39.7	100
NB5	75	49	4	8	6	92	234
%	32.1	20.9	1.7	3.4	2.6	39.3	100

Tabla 4. Población de doce años y según condición de pareja del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Sexo	Unidos		No unidos		Nunca unidos		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Hombres	297	49.1	16	15.0	204	44.3	517	44.1
Mujeres	308	50.9	91	85.0	257	55.7	656	55.9
TOTAL	605	100.0	107	100.0	461	100.0	1173	100.0

Familia

En relación a la familia, del total de hogares, se cuenta con el 94.4 por ciento de hogares familiares, que lo integran 358 familias, de estas el 51.3 por ciento son nucleares, el 32.4 por ciento son extensas y monoparentales el 16.20 por ciento y hogares no familiares, que es conformado por un integrante corresponde al 5.5 de las familias estudiadas. A nivel Estado, la proporción sólo es menor en las familias nucleares, ya que la diferencia con el resto de la estructura familiar y no familiar es de ocho puntos porcentuales mayor en la muestra que en el Estado en las familias extensas, no así en hogares no familiares o unifamiliares, que sólo es mayor por 0.08 por ciento. Con un promedio de cuatro personas por hogar (Tablas 5).

Tabla 5. Número y porcentaje de hogares según tipo y clase de hogar de las familias encuestadas en once Colonias de responsabilidad del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005.

Área	Total general	Hogares				
		Familiares				No Familiares
		Total	Nucleares	Extensos	Monoparentales	Unifamiliares
11 colonias	379	358	184	116	58	21
	100.00 %	94.4	51.30 %	32.40 %	16.20 %	5.50 %

Daños a la Salud

En relación a los daños a la salud, estos ya fueron mencionados en el planteamiento del problema comentando las principales causas de morbilidad 2005. Tabla 6, y las principales causas de mortalidad 2004. Tabla 7.

Tabla 6. Principales causas de morbilidad del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, año 2005

Diagnóstico	Casos	Tasa
Infecciones respiratorias agudas	2,626	82.1
Infecciones por otros Organismos y las mal definidas	675	21.1
Infecciones de vías urinarias	214	6.7
Candidiasis urogenital	162	5.1
Ascariasis	158	4.9
Tricomoniasis urogenital	97	3.0
Úlceras, gastritis y duodenitis	75	2.3
Varicela	66	2.1
Mordeduras por perro	51	1.6
Infecciones intestinales debidas a protozoarios	49	1.5
Resto de diagnóstico	213	6.7
Total de casos	4,386	137.1
Tasa por 1000 hab.		
Población 32,001 hab.		

Fuente: Sistema Único de Información Epidemiológica, SESVER

Tabla 7. Principales causas de mortalidad general ambos sexos del municipio de Xalapa, Veracruz, año 2004

Causa	Defunciones	Tasa*
Enfermedades del corazón	326	78.5
Tumores malignos	314	75.7

Diabetes mellitus	253	61
Enfermedades del hígado	149	35.9
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	126	30.4
Influenza y neumonía	116	27.9
Enfermedades cerebro vasculares	115	27.7
Accidentes	111	26.7
Malformaciones congénitas deformidades	52	12.5
Insuficiencia renal	49	11.8
Las demás causas	628	151.3
Total	2239	539.5

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (CIE-10), SESVER

Se cuenta con la mortalidad 2005 del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, en donde se encontró que hasta el mes de septiembre del 2005, ocurrieron 150 defunciones, que corresponde a una tasa de 25.55 por 10,000 habitantes, en los grupos quinquenales de edad, en el grupo que menos casos se presentan defunciones son el de 90-94 y 100 y más, después dos defunciones se presentan para los grupos de edad de diez hasta 39 años, presentándose después en el grupo de 85-89 años presentándose el mayor número de casos en el grupo de 45-49 años y 70-74, con ocho casos que corresponde a una tasa de 113 y 377 x 10,000 habitantes respectivamente. Ocupando en los diez primeros lugares los siguientes causas de defunción: tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades del hígado, enfermedades del corazón, influenza y neumonía, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, accidentes, insuficiencia renal, y por último úlceras gástricas.

Las causas básicas consignadas para las mujeres, presentándose en este grupo trece defunciones con una tasa de 4.5 por 10,000 habitantes. De acuerdo a los grupos quinquenales de edad son: en menores de cuatro años muerte súbita y hemorragia intracraneal, de 30-34 cáncer de ovario, 40-44 accidentes, 45-49 cáncer cervicouterino diabetes mellitus, infarto agudo al miocardio y enfermedad cerebro vascular, 50-54 diabetes mellitus, cáncer de ovario y cáncer cervicouterino, 55-59, violencia y cistoadenoma de ovario, 60-64 enfermedad cerebro vascular, diabetes mellitus y cirrosis hepática, 65-69, diabetes mellitus, cáncer de mama, síndrome de Cushing, infarto agudo del miocardio, 70-74, diabetes mellitus, linfoma de Hodking, cáncer pulmonar, insuficiencia renal crónica, 75.79 diabetes mellitus e infarto agudo al miocardio, 80-84, enfermedad cerebro vascular, cancer tiroideo, linfoma maligno, diabetes y hemorragia de tubo digestivo, 85.89, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia respiratoria aguda no traumática, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus, y de 90-99, diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, insuficiencia cardíaca y desnutrición.

Si bien no se tienen las tasas correspondientes por grupo de edad, los procesos neoplásico como es el cáncer cervicouterino contamos como caso índice de mortalidad a partir de los 45 años de edad, en el área de responsabilidad del centro de salud.

En relación a la mortalidad masculina se presentaron doce defunciones con una tasa de 3.9 por 10,000 habitantes. Las causas de mortalidad encontradas por grupo de edad fueron en el grupo de 0-4 malformaciones congénitas, insuficiencia respiratoria aguda, shock neurogénico, quemaduras, sepsis neonatal, de diez a catorce accidentes y neumonía basal. De 20-24 epilepsia y contusión profunda de tórax y abdomen, de 25-29 años shock hipovolémico, lesión por arma de fuego, insuficiencia cardiorrespiratoria aguda por infarto agudo del miocardio, lesiones infringidas por arma de fuego de 30-34 años, síndrome disfuncional múltiple, insuficiencia renal aguda, celulitis rabdomiólisis, epilepsia 35-39 sangrado de tubo digestivo, cirrosis hepática, insuficiencia respiratoria aguda cirrosis hepática, 40-44 años, insuficiencia renal crónica secundaria a hipertensión arterial, alcoholismo crónico, cirrosis hepática, VIH, traumatismo craneoencefálico contusiones profundas lesiones, fibrilación ventricular, cetoacidosis metabólica secundaria a

Diabetes Mellitus e hipertensión arterial. Lesión por arma de fuego cráneo y cerebro, síndrome de hipertensión portal hepatorenal alcoholismo crónico, choque hipovolémico sangrado de tubo digestivo alto úlceras o varices esofágicas, hemorragia tubo digestivo alto, insuficiencia hepática, neumonía atípica, hipertensión arterial infarto agudo del miocardio, infarto agudo del miocardio diabetes mellitus ", encefalopatía hepática hemorragia del tubo digestivo alto, diabetes mellitus infarto agudo del miocardio, del grupo de 50-54 shock hipovolémico, encefalopatía cirrosis hepática, cáncer intestinal, infarto agudo del miocardio, diabetes cáncer renal, infarto agudo del miocardio, cirrosis hepática alcoholismo, 55-59 años, diabetes mellitus, adenocarcinoma gástrico, acidosis respiratoria secundaria a diabetes, hemorragia subaracnoidea, anemia hemolítica auto inmune, diabetes mellitus , diabetes mellitus insuficiencia renal crónica, edema agudo de pulmón, cáncer prostático, insuficiencia cardiaca congestiva insuficiencia hepática, diabetes e hipertensión, hemorragia de tubo digestivo alto, cáncer renal metastático, insuficiencia respiratoria. Del grupo de 65 a 69 años, adenocarcinoma hepatoinvasor, infarto agudo del miocardio e hipertensión arterial, insuficiencia renal aguda, secundaria a hipertensión arterial sistémica, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de próstata, en el grupo de 70-74 años de edad cáncer de vejiga, cáncer prostático invasor, carcinoma broncogénico, cardiopatía hipertensiva enfisema, insuficiencia respiratoria no traumática, metástasis pulmonar, abdomen agudo, varices esofágica hemorragia digestiva alta, encefalopatía anóxico isquémica, hipertensión arterial-diabetes, pancreatitis aguda, insuficiencia renal crónica, paro cardiorrespiratorio diabetes mellitus, diabetes mellitus, hemorragia hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 hipertensión arterial evento cerebrovascular, enfermedades obstructiva crónica, paro cardio respiratorio, embolia generalizada, hipertensión arterial, evento vascular cerebral desnutrición grado III. Grupo de 85-89 infarto agudo miocardio, hipertensión arterial cáncer de próstata, Grupo de 90-94, hipertensión arterial y trombosis, Grupo 95-99 años insuficiencia respiratoria, enfermedades obstructivas crónicas, y por último un varón de 100 años fallece por neumonía e insuficiencia renal.

En relación a la mortalidad del centro de salud Lerdo de Tejada, se ha sido exhaustivo en enumerar todas las causas por sexo, con la finalidad de contar con un documento que de inicio a futuras bases de datos tanto documentales como electrónicas, la cual existe, por número de folio, edad, sexo, colonia, codificación por causa de muerte. Del resto de causas, se tienen defunciones por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, VIH, IRAS, aterosclerosis, agresiones, lesiones auto inflingidas, paro cardiaco y otras causas.

En total, se presentaron trece muertes que clasificaron en tumores malignos en mujeres, la defunción más joven, una mujer de 30-34 años con cáncer de ovario, una del grupo de edad de 45-49 por cáncer cervicouterino, 50-54 cáncer de ovario –diabetes mellitus, y cáncer cervicouterino, 55-59 cistoadenoma de ovario, diabetes mellitus grupo de 60-64 años, hematoma retroperitoneal, de 65-69 Cáncer de mama y síndrome de Cushing, 70-74 linfoma Hodking y cáncer pulmonar, 80-84 cáncer tiroideo y cáncer hepático, y linfoma maligno. En los hombres los tumores malignos fueron, cáncer intestinal de 50-54 años, Grupo de 55-59, adenocarcinoma gástrico y cáncer de próstata, grupo de 60-64 cáncer renal metastático, Grupo de 65-69 años adenocarcinoma hepatoinvasor, Grupo de 70-74 años cáncer de vejiga, metástasis pulmonar, cáncer prostático invasor, carcinoma bronco génico, grupo de 75-79 cáncer bronco génico, grupo 85-89 cáncer de próstata.

En lo relacionado con la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en diabetes mellitus, la edad mínima que refirió tener un diagnóstico o estar en tratamiento fue de quince años, con un total de 64 personas , lo que corresponde a un 5.8 por ciento de la población de la muestra. En relación a la hipertensión arterial, se encontró que la edad declararon ser hipertensos o llevar un tratamiento fue a partir de los veinte años de edad, con un total de 96 casos que corresponden al diez por ciento de la población estudiada. Los que refirieron estar diagnosticados o en tratamiento de cáncer, se encontraron ocho casos, con una edad mínima de veinte que corresponde al 0.8 por ciento de casos en la población estudiada.

Tabla 8. Prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en la población estudiada por grupo de edad, población y número de casos del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Variable	Grupo de edad	Población	Casos	Prevalencia *
Diabetes Mellitus	15-95	1102	64	5.8
Hipertensión	20-95	938	96	10.2
Cáncer	20-95	938	8	0.8

*Por cada 100 personas del grupo de edad

Si bien las cifras para diabetes son la mitad de las proporciones nacionales, la presencia de casos ya diagnosticados o en tratamiento, orientan a investigar más los grupos a quienes les estamos realizando las detecciones y con la base de datos existente ubicar las colonias en donde se encuentran estos pacientes.

Del total de hipertensos encontrados el 26 por ciento refirió no contar con seguridad social, y con respecto al total de la muestra representa el 1.6 por ciento que menciona no contar con seguridad social (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de hipertensos de 20 años y más por institución del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Institución	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Servicio Médico de la Universidad Veracruzana						
ISSSTE	4	12.9	5	7.7	9	9.4
PEMEX	1	3.2	2	3.1	3	3.1
IMSS	17	54.8	42	64.6	59	61.5
Ninguna	8	25.8	14	21.5	25	26.0
Total	31		65		96	

De los hipertensos encontrados, su distribución al interior de los núcleos, se distribuyen en forma decreciente al interior de los núcleos uno, tres, dos, cinco y cuatro. Tabla 10 distribución de hipertensos de 20 años y más por núcleo básico

Tabla 10. Distribución de hipertensos de 20 años y más por núcleo básico, del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Núcleo básico	Total
NB1	43
%	44.8
NB2	14
%	14.6
NB3	17
%	17.7
NB4	6
%	6.3
NB5	16
%	16.7
Total	96

Tabla 11. Distribución de diabéticos de quince años y más por institución según seguridad social del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Institución	Número
ISSSTE	7
%	11.1
Ninguna	18
%	27
SEDENA	1
%	1.6
Seguro Social	38
	60.3
TOTAL	64

Y su distribución por orden decreciente en los núcleos básicos son el uno, el tres, el cuatro, el dos y el cinco, presentando una distribución diferente en relación a la distribución encontrada con diabetes mellitus (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de diabéticos de quince años y más por núcleo básico del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Núcleo básico	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
NB1	10	47.6	19	44.2	29	45.3
NB2	4	19.0	6	14.0	10	15.6
NB3	5	23.8	6	14.0	11	17.2
NB4	2	9.5	9	20.9	11	17.2
NB5	0	0.0	3	7.0	3	4.7
TOTAL	21		43		64	

Se encontraron 268 mujeres mayores de quince años las cuales refirieron haberse practicado la detección oportuna de cáncer cervicouterino con la frecuencia que ha continuación se detalla:

- Menos de un año 101 mujeres
- De 1 a 2 años 13 mujeres
- Hace 3 años 8 mujeres
- Hace 4 años 3 mujeres
- Hace 5 años 2 mujeres
- Hace 6 años 3 mujeres
- Hace nueve años 1 mujer
- Nunca 35 mujeres
- Se ignora 2 mujeres

En la tabla siguiente se representa el número de embarazadas del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada con derecho a seguridad social en el ISSSTE, una embarazada está en control en su clínica; de la población con derecho al IMSS, cuatro embarazadas están en control en su clínica y de la población sin derecho a seguridad social, es decir, responsabilidad de la SSA, cuatro embarazadas están en control y tres no acuden a él, lo cual genera un riesgo para la muerte materna.

Tabla 13. Número de embarazadas según control prenatal del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Control prenatal			
Institución	No	Sí	Total
ISSSTE	0	1	1
SEVER	3	4	7
IMSS	0	4	4
TOTAL	3	9	12

En esta tabla se representa el número de embarazadas del área de responsabilidad que acuden o no a control prenatal por núcleo básico, donde se observó que de las tres embarazadas que no acuden a control prenatal, una es del núcleo básico tres y dos son del núcleo básico cinco, el cual es considerado como un núcleo de los más marginados.

Tabla 14. Número de embarazadas según control prenatal por núcleo básico del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada

Control prenatal			
Núcleo Básico	No	Si	Total
NB1	0	1	1
NB2	0	1	1
NB3	1	1	2
NB4	0	1	1
NB5	2	0	2
Total	3	4	7

Factores de riesgo del ambiente físico

En esta tabla se representa el número y porcentaje de cada vivienda de acuerdo al tipo de agua para consumo humano, se observó que el 84.70 por ciento de las viviendas en donde se realizó la encuesta consume agua de garrafón, el 12.40 por ciento consume agua hervida, el 2.11 por ciento consume agua por filtro, el 0.53 por ciento consume agua clorada y el 0.26 por ciento consume agua de la llave. Es decir, es mayor el porcentaje de población que consume agua de garrafón.

Tabla 15. Número y porcentaje del tipo de agua para consumo humano de cada vivienda del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, Diciembre 2005

Agua para consumo humano	Viviendas	
	Número	%
Garrafón	321	84.70
Hervida	47	12.40
Filtro	8	2.11
Clorada	2	0.53
De la llave	1	0.26
Total	379	100.00

En esta tabla se representa número y porcentaje de las viviendas según su disposición de excretas por núcleo básico, encontrando que el núcleo básico uno tiene el 91.4 por ciento baño a drenaje, el 7.8 por ciento fosa séptica y el 0.2 por ciento letrina. El núcleo básico dos tiene el 100 por ciento baño a drenaje.

El núcleo básico tres tiene el 50.0 por ciento baño a drenaje, el 48.8 por ciento fosa séptica y el 1.6 por ciento letrina. El núcleo básico cuatro tiene el 1.5 por ciento baño a drenaje, el 97.0 por ciento fosa séptica y el 1.5 por ciento letrina. El núcleo básico cinco tiene el 10.3 por ciento baño a drenaje, el 83.8 por ciento fosa séptica, el 4.4 por ciento letrina y el 1.3 por ciento al ras del suelo. Con esto podemos observar que los núcleos básicos cuatro y cinco, que son los núcleos más alejados al área urbana, son los que carecen en gran cantidad de baño a drenaje siendo lo más frecuente fosa séptica y en el núcleo básico cinco aún el 1.3 por ciento continúa con excreta al ras del suelo. A diferencia del núcleo básico dos, que es un núcleo completamente urbano, el 100 por ciento de la población tiene baño a drenaje.

Tabla 16. Porcentaje de viviendas según disposición de excreta, del área de influencia del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, y por núcleo básico, diciembre 2005

Núcleo básico	Al ras del suelo	Baño a drenaje	Fosa séptica	Letrina	Total
NB	0	117	10	1	128
%	0	91.4	7.8	0.8	100
NB2	0	54	0	0	54
%	0	100	0	0	100
NB3	0	31	30	1	62
%	0	50	48.4	1.6	100
NB4	0	1	65	1	67
%	0	1.5	97	1.5	100
NB5	1	7	57	3	68
%	1.5	10.3	83.8	4.4	100
Total	1	210	162	6	379

Esta tabla representa el número y porcentaje de la población por viviendas de acuerdo a la disposición de basura del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, se observó que el 99.2 por ciento de la población encuestada por vivienda tiene una disposición con el camión recolector, el 0.5 por ciento la quema y el 0.3 por ciento tiene disposición en bote de basura.

Tabla 17. Número y porcentaje de la población por viviendas de acuerdo a la disposición de basura del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, Diciembre 2005

Disposición de Basura	Número	Porcentaje
Camión recolector	376	99.2 %
La quema	2	0.5 %
Bote	1	0.3 %
Total	379	100.0 %

En esta tabla se representa el porcentaje de la presencia de fauna nociva en las viviendas de la población del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada por núcleo básico, se observó que el 2.1 por ciento de la población refirió tener otros animales como: arañas, cucarachas, hormigas, reptiles como víboras, culebras y lagartijas; sapos y tlacuaches; el 4.1 por ciento de la población refirió tener en sus viviendas ratas, el 0.2 por ciento tiene moscas y el 73.2 por ciento tiene cucarachas y mosquitos. En el núcleo básico dos, la población refirió tener el 13.3 por ciento otros animales como los mencionados antes, el 1.2 por ciento tiene ratas, el 13.3 por ciento tiene moscas y el 62.2 por ciento tiene cucarachas y mosquitos. En el núcleo básico tres 4.3 por ciento tiene ratas, el 25.7 por ciento tiene moscas y el 50.0 por ciento tiene cucarachas y mosquitos. En el núcleo básico cuatro el 8.7 por ciento tiene otros animales, el 5.9 por ciento tiene ratas, el 23.2 por ciento tiene moscas y el 52.2 por ciento tiene cucarachas y mosquitos.

En el núcleo básico cinco el 12.2 por ciento tiene otros animales, el 8.4 por ciento tiene ratas, el 24.5 por ciento tiene moscas y el 44.9 por ciento tiene cucarachas y mosquitos. Es importante resaltar que la fauna nociva está presente en las viviendas de todos los núcleos básicos siendo la más frecuente cucarachas y mosquitos.

Tabla 18. Presencia de fauna nociva en viviendas del área de influencia del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Núcleo	Cucarachas y mosquitos	Moscas	Ratas	Otros*	Total
NB1	73.20	20.62	4.12	2.06	100.00
NB2	62.22	13.33	11.11	13.33	100.00
NB3	50.00	25.71	24.29	0.00	100.00
NB4	52.17	23.19	15.94	8.70	100.00
NB5	44.90	24.49	18.37	12.24	100.00

*Arañas, cucarachas, hormigas, reptiles (víboras, culebras, lagartijas), sapos y tlacuaches

Factores de Riesgo del Ambiente Social

Lo social, resulta de las interacciones humanas desde la calidad de vivienda, las condiciones sanitarias, la disponibilidad de agua y luz, de alimentos, de medicamentos, las facilidades recreativas, las condiciones de trabajo, la distribución de la riqueza hasta el hacinamiento. Y por otra parte el factor cultural está constituido por los esquemas de comportamiento y pensamiento en un tiempo y lugar dado, y se interpreta como el patrón de vida que el ser humano vive de generación en generación; está expresada por los hábitos, es decir, por el conjunto de capacidades que adquiere como miembro de la sociedad en que vive; sus conocimientos, creencias, costumbres, estatus social, derechos, moral y las artes.

Educación

El conocimiento constituye un aspecto social para que las personas puedan realizar el proyecto de vida que tienen razones para valorar. Así mismo, la escolaridad de la población constituye uno de los factores decisivos para montar la productividad del trabajo e incorporar la innovación tecnológica y con ello fortalecer la competitividad de las economías.

Como se comprenderá, los rezagos y las deserciones del sistema educativo definen situaciones sociales excluyentes; además, El Art. 3º Constitucional establece el acceso a la educación básica como un derecho de los mexicanos

En tabla siguiente, se representa la tasa de la población alfabeta y analfabeta de quince años de edad y más del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada observándose un 0.03 de población analfabeto y 0.97 de población alfabeto.

De la población analfabeto el 0.04 son mujeres y el 0.02 son hombres; el 0.96 son mujeres alfabetas y el 0.98 son hombres alfabetos, es decir, existen más mujeres analfabetas que hombres, pero de la población alfabeto mujeres existe una cantidad semejante a los hombres. Lo que refleja que es importante seguir impulsando la igualdad de género para que existan menos mujeres analfabetas y se alcance el nivel de alfabetismo de los hombres.

Tabla 19. Porcentaje de población de quince años y más según condición de alfabetismo por sexo, del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Población	Total		Sexo	
	Número	Tasa	Hombres (tasa)	Mujeres (tasa)
Analfabeta	35	0.03	0.02	0.04
Alfabeta	1067	0.97	0.98	0.96
Total	1102			

En esta tabla se representa a la población alfabeta y analfabeta de quince años y más por núcleo básico del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, donde se observó que el 1.8 por ciento de la población del núcleo básico uno es analfabeta y el 98.2 por ciento es alfabeta, en el núcleo básico dos el 0.1 por ciento de la población es analfabeta y el 99.0 por ciento es alfabeta, en el núcleo básico tres el 6.7 por ciento es analfabeta y el 93.3 por ciento es alfabeta, en el núcleo básico cuatro el 3.8 por ciento es analfabeta y el 96.2 por ciento es alfabeta y finalmente, en el núcleo básico cinco, el 4.2 por ciento es analfabeta y el 95.8 por ciento es alfabeta. Es importante resaltar que la mayor cantidad de gente analfabeta existe en el núcleo básico tres, siendo éste un núcleo urbano completamente en comparación con los núcleos básicos cuatro y cinco que son de área marginal, existiendo en éstos un menor porcentaje de analfabetismo.

Tabla 20. Número y porcentaje de población de quince años y más según condición de alfabetismo por núcleo básico del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Núcleo básico	No	%	Si	%	TOTAL
NB1	7	1.8	384	98.2	391
NB2	1	0.7	147	99.3	148
NB3	11	6.7	154	93.3	165
NB4	7	3.8	175	96.2	182
NB5	9	4.2	207	95.8	216
Total	35		1067		1102

En esta tabla se representa el porcentaje de la población de quince años de edad y más por sexo y nivel de estudio completo del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada donde se observó que el 38 por ciento de los hombres tiene primaria, el 45 por ciento tiene secundaria, el 45 por ciento tiene preparatoria, el 55 por ciento tiene profesional y el 39 por ciento tiene nivel técnico. El 62 por ciento de las mujeres tiene primaria, el 55 por ciento tiene secundaria, el 55 por ciento tiene preparatoria, el 45 por ciento tiene profesional y el 61 por ciento tiene nivel técnico. Se observó que los hombres tienen mayor nivel de estudio profesional en relación con las mujeres quienes tienen mayor nivel de estudio primaria en comparación con los hombres. Es importante resaltar que el nivel de escolaridad bajo puede ser un factor de riesgo ya que de acuerdo a un artículo publicado en la revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, la escolaridad promedio para mujeres con amenaza de parto pretérmino fue primaria y el nivel medio superior fue para el grupo en control y la asistencia de mujeres a control prenatal fue del 98 por ciento. La falta de control prenatal, constituye un factor de riesgo importante.

Tabla 21. Población de quince años y más por sexo y nivel de estudio completo, del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

	Preescolar	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional	Técnico
Hombres	100 %	38 %	45 %	45 %	55 %	39 %
Mujeres	0 %	62 %	55 %	55 %	45 %	61 %

Vivienda

La vivienda es el espacio afectivo y físico donde los cónyuges, hijos u otros parientes cercanos, estructuran y refuerzan sus vínculos familiares a lo largo de las distintas etapas de su curso de vida. Constituye un espacio determinante para el desarrollo de las capacidades y opciones de la familia y de cada uno de sus integrantes para llegar a cabo el proyecto de vida que tienen razones para valorar. La población que habita viviendas que carecen de energía eléctrica, agua entubada, drenaje, sanitario exclusivo o de tamaño inadecuado, está expuesta a mayores impedimentos para gozar de una vida larga y saludable y dificulta el aprendizaje de los menores de edad, entre otras privaciones cruciales en la vida de las familias y sus integrantes.

Así el alojamiento en una vivienda digna y decorosa favorece el proceso de integración familiar en un marco de respeto a las individualidades evita el hacinamiento, contribuye a la creación de un clima educacional favorable para la población en edad escolar, reduce los riesgos que afectan la salud, y facilita el acceso a los sistemas de información y entretenimiento moderno.

En esta tabla se representa el porcentaje de viviendas por núcleo básico según condiciones adecuadas de vivienda del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, observándose en el núcleo básico uno el 89.8 por ciento con menos de tres personas por dormitorio y 10.2 por ciento de tres y más personas por dormitorio; en el núcleo básico dos se observó el 94.4 por ciento con menos de tres personas por dormitorio y el 5.6 por ciento de tres y más personas por dormitorio; en el núcleo básico tres el 74.2 por ciento tiene menos de tres personas por dormitorio y el 25.8 por ciento tiene de tres y más personas por dormitorio; en el núcleo básico cuatro el 64.2 por ciento tiene menos de tres personas por dormitorio y el 35.8 por ciento de tres y más personas por dormitorio y por último, en el núcleo básico cinco el 61.8 por ciento tiene menos de tres personas por dormitorio y el 38.2 por ciento de tres y más personas por dormitorio.

El núcleo básico que tiene viviendas con espacio de condiciones adecuadas es el núcleo básico dos, con menos de tres personas por dormitorio ya que tiene el 94.4 por ciento con menos de tres personas por dormitorio y el núcleo básico con viviendas de condiciones inadecuadas es el o cinco ya que tiene el 38.2 por ciento de viviendas con tres y más personas por dormitorio.

Tabla 22. Porcentaje de viviendas por núcleo básico según condiciones de espacio de vivienda adecuado del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Vivienda			
Núcleo	Adecuada	Inadecuada	TOTAL
NB1	89.8	10.2	100.0
NB2	94.4	5.6	100.0
NB3	74.2	25.8	100.0
NB4	64.2	35.8	100.0
NB5	61.8	38.2	100.0

En esta tabla se representa a las condiciones de la vivienda según el material de construcción y disposición de excretas del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, las cuales se consideraron como: **Vivienda buena** aquellas viviendas con techo de concreto, pared de tabique, piso de mosaico, eliminación de excretas a drenaje y condiciones adecuadas en espacio de vivienda. **Vivienda regular** aquellas viviendas con techo de concreto o lámina, pared de block o tabique, piso de cemento, eliminación de excretas a fosa séptica y condiciones de espacio de vivienda adecuadas o no adecuadas. **Vivienda mala** aquellas viviendas con techo de lámina, pared de block, cartón o madera, piso de tierra, eliminación de excretas a fosa séptica o letrina y espacio de vivienda inadecuado.

Se obtuvo como resultado que más del 50 por ciento de las viviendas se encuentran en condiciones regulares y existe un 3.4 por ciento de viviendas precarias.

Tabla 23. Porcentaje de viviendas según material de construcción, hacinamiento y disposición de excreta del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Tipo	Número	Porcentaje
Regular	195	51.5 %
Buena	171	45.1 %
Mala	13	3.4 %
Total	379	100.0 %

En esta tabla se representa a las condiciones de la vivienda buena, regular y mala por núcleo básico del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada donde se observó que en el núcleo básico uno el 2.4 por ciento tiene vivienda mala, el 32.0 por ciento vivienda regular y el 65.6 por ciento vivienda buena; en el núcleo básico dos el 37.0 por ciento tiene vivienda regular y el 63.0 por ciento vivienda buena; en el núcleo básico tres el 3.2 por ciento tiene vivienda mala, el 62.9 por ciento vivienda regular y el 33.9 por ciento vivienda buena; en el núcleo básico cuatro el 9.0 por ciento tiene vivienda mala, el 70.1 por ciento vivienda regular y el 20.9 por ciento vivienda buena; en el núcleo básico cinco el 2.9 por ciento tiene vivienda mala, el 70.6 por ciento vivienda regular y el 26.5 por ciento vivienda buena.

Tabla 24. Porcentaje de viviendas según material de construcción, según condiciones adecuadas en espacio de vivienda y disposición de excreta por Núcleo Básico del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Núcleo	Buena	Regular	Mala	TOTAL
NB1	84	41	3	128
%	65.6	32	2.3	100
NB2	34	20	0	54
%	63	37	0	100
NB3	21	39	2	62
%	33.9	62.9	3.2	100
NB4	14	47	6	67
%	20.9	70.1	9	100
NB5	18	48	2	68
%	26.5	70.6	2.9	100
TOTAL	171	195	13	379

Estilos de vida

Hablar de estilos de vida resulta una tarea difícil ya que a lo largo de nuestra vida nos encontramos constantemente bajo influencias que pueden poner en peligro nuestro estado de bienestar general. No sólo conocer como evitar los factores de riesgo puede ayudar a lograr el estado de salud óptimo en el corto, mediano y largo plazo, también es necesario tomar conciencia de ellos para lograr un cambio de actitud ante los mismos.

Los estilos de vida representan los hábitos, prácticas diarias y actividades que realiza el individuo y que influyen en su salud, y sobre los que sólo él puede tener control lo que lo convierte en un asunto de

responsabilidad individual, familiar y colectiva. Indiscutiblemente el cuidado de la salud toma un papel fundamental ya que éste se refiere a la manera en que en individuo responsable y comprometido busca mantenerse sano con ayuda especializada, profesional o por el autocuidado.

Esta tabla representa el número y tipo de fumadores por sexo según el patrón de consumo de la población del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, se observó que 66.36 por ciento de hombres y el 73.85 por ciento de mujeres tienen hábito tabáquico leve, 27.10 por ciento de hombres y 23.08 por ciento de mujeres tienen hábito tabáquico moderado, 6.54 por ciento de hombres y 3.08 por ciento de mujeres tienen hábito tabáquico severo, es decir, que el índice de tabaquismo en la mujer se está igualando al del hombre.

Tabla 25. Número y porcentaje de fumadores por sexo según el patrón de consumo de la población del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, Diciembre 2005

Sexo	Leve		Moderado		Severo		Total
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	
Hombres	71	66.36 %	29	27.10 %	7	6.54 %	100.00 %
Mujeres	48	73.85 %	15	23.08 %	2	3.08 %	100.00 %
Total	119	69.19 %	44	25.58 %	9	5.23 %	100.00 %

En esta tabla se representa la prevalencia de los factores de riesgo del ambiente social por grupo de edad, población y número de casos, se observó que el tabaquismo en un grupo de edad de quince a 86 años en una población de 1100, se encontraron 173 casos de los cuales la prevalencia es de 15.7. El alcoholismo en un grupo de edad de quince a 95 años en una población de 1102 se encontraron 108 casos de los cuales la prevalencia es de 9.8. El sobrepeso y obesidad en un grupo de edad de 20 a 95 años en una población de 939 se encontraron 281 casos de los cuales la prevalencia es de 29.9 y por último, el sedentarismo en un grupo de edad de 20 a 95 años en una población de 938 se encontraron 689 casos de los cuales la prevalencia es de 73.4 por cada 100 personas del grupo de edad mencionado.

Tabla 26. Prevalencia de factores de riesgo del ambiente social por grupo de edad, población y número de casos del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Variable	Grupo de edad	Población	Casos	Prevalencia*
Tabaquismo	15-86	1100	173	15.7
Alcoholismo	15-95	1102	108	9.8
Sobrepeso y obesidad	20-95	938	281	29.9
Sedentarismo	20.95	938	689	73.4

*Por cada 100 personas del grupo de edad

Factores de Riesgo del Ambiente Económico

Las oportunidades de las personas para tener un nivel de vida digno están determinadas por una diversidad de factores. De ellos, destacan la posesión de activos, el acceso a satisfactores esenciales relacionados con el gasto social del estado (como la educación, y la salud), así como las posibilidades de lograr una participación competitiva en los mercados de trabajo.

En las economías en el mercado desempeña un papel cada vez más determinante en la asignación de los recursos escasos, el ingreso monetario determina las capacidades para adquirir bienes y servicios, aún cuando poderosos factores económicos influyen en la determinación de los salarios, las remuneraciones

guardan relación con la productividad del trabajo sobre todo en el caso de los ingresos de los trabajadores con bajas calificaciones.

En esta tabla se representa el porcentaje de la población ocupada de doce años y más según situación en el trabajo, observándose que el 70 por ciento son empleados y obreros, el tres por ciento son jornaleros y peón, el tres por ciento son patrones, el dos por ciento trabaja sin pago, el 22 por ciento trabaja por su cuenta .

Tabla 27. Número y porcentaje de población ocupada de doce años y más, según situación en el trabajo del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Ocupación	Número	Porcentaje
Empleado y obrero	421	70.5 %
Jornalero y peón	19	3.2 %
Patrones	16	2.7 %
Trabaja sin pago	11	1.8 %
Trabajo por su cuenta	130	21.8 %
Total	597	100.00 %

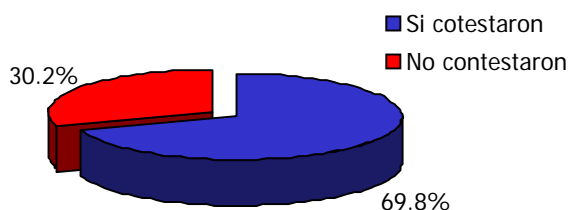
En esta tabla se representa el porcentaje de la población ocupada de doce años y más según situación en el trabajo por núcleo básico, observándose en el núcleo básico cinco el 12.2 por ciento son jornaleros y peones y en núcleo básico tres un 28 por ciento trabajan por su cuenta.

Tabla 28. Número y porcentaje de población ocupada de doce años y más por núcleo básico, según situación en el trabajo del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Núcleo básico						
Ocupación	NB1	NB2	NB3	NB4	NB5	Total
Empleado y obrero	138	69	59	80	75	421
%	69.3	80.2	66.3	80	61	70.5
Jornalero y peón	1	0	1	2	15	19
%	0.5	0	1.1	2	12.2	3.2
Patrones	2	3	4	0	7	16
%	1	3.5	4.5	0	5.7	2.7
Trabaja sin pago	6	0	0	1	4	11
%	3	0	0	1	3.3	1.8
Trabajo p/s cuenta	52	14	25	17	22	130
%	26.1	16.3	28.1	17	17.9	21.8
Total	199	86	89	100	123	597

En esta gráfica se representa el porcentaje de la población de doce años y más económicamente activa que respondieron ingreso percibido, se observa que el 69.8 por ciento sí contestó y el 30.2 por ciento no contestó.

Gráfica 2. Porcentaje de población de doce años y más económicamente activa que respondieron ingreso percibido, del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005



En esta tabla se representa la distribución de la población ocupada de doce años y más según salario mínimo donde se observó que el 2.6 por ciento de la población encuestada no recibe salario; el 9.5 por ciento de la población recibe uno o menos salarios; el 30.2 por ciento recibe más de uno hasta dos salarios; el 20.7 por ciento recibe más de dos y menos de tres salarios; el 25.0 por ciento recibe de tres a cinco salarios; el 8.8 por ciento recibe más de cinco hasta diez salarios y el 3.1 por ciento recibe más de diez salarios mínimos, el cual es de \$44.05.

Tabla 29. Distribución de la población ocupada de doce años y más, según salario* mínimo, del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

Salario	Personas	
	Número	%
No reciben	11	2.6 %
Uno o menos	40	9.5 %
Más de 1 – hasta 2	127	30.2 %
Más de 2 y menos de 3	87	20.7 %
De 3 a 5	105	25.0 %
Más de 5 hasta 10	37	8.8 %
Más de 10	13	3.1 %
total	420	100.0 %

En esta tabla se representa la distribución de la población ocupada de doce años y más según salario mínimo por núcleo básico, se observó que en el núcleo básico uno el 24.3 por ciento de la población percibe de cinco y más salarios mínimos, el 26.2 por ciento de tres a cinco salarios mínimos, el 41.1 por ciento percibe de uno hasta menos de tres salarios mínimos y el 8.4 por ciento percibe menos de un salario mínimo. En el núcleo básico dos el 23.4 por ciento de la población percibe de cinco y más salarios mínimos, el 25.0 por ciento percibe de tres a cinco salarios mínimos y el 51.6 por ciento percibe de uno hasta menos de tres salarios mínimos. En el núcleo básico tres el 7.0 por ciento la población percibe de cinco y más salarios mínimos, el 21.2 por ciento percibe de tres a cinco salarios mínimos, el 53.5 por ciento percibe de uno hasta menos de tres salarios mínimos y el 18.3 por ciento percibe menos de un salario mínimo. En el núcleo básico cuatro el 4.3 por ciento de la población percibe de cinco y más salarios mínimos, el 25.7 por ciento percibe de tres a cinco salarios mínimos, el 52.9 por ciento percibe de uno hasta menos de tres salarios mínimos y el 17.1 por ciento percibe menos de un salario mínimo. En el núcleo básico cinco el 1.0 por ciento de la población percibe de cinco y más salarios mínimos, el 28.9 por ciento percibe de tres a cinco salarios mínimos, el 63.9 por ciento percibe de uno hasta menos de 3 salarios mínimos y el 6.2 por ciento percibe menos de un salario mínimo, el cual es de \$44.05. Es importante resaltar que los núcleos básicos tres, cuatro y cinco son los que tienen de uno hasta menos de tres salarios mínimos, siendo el núcleo básico cuatro y cinco los más alejados del área urbana.

Tabla 30. distribución de la población ocupada de doce años y más, según salario mínimo por núcleo básico, del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

	NB1	NB2	NB3	NB4	NB5
Más de 5	24.3 %	23.4 %	7.0 %	4.3 %	1.0 %
De 3 a 5	26.2 %	25.0 %	21.2 %	25.7 %	28.9 %
Más de 1 menos de 3	41.1 %	51.6 %	53.5 %	52.9 %	63.9 %
Uno o menos	8.4 %		18.3 %	17.1 %	6.2 %

Recursos para la salud

Servicios de salud

En esta tabla se representa la distribución de la población con derecho y sin derecho a seguridad social del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, se observó que de la población con derecho a seguridad social el 48.5 por ciento pertenece al IMSS, el 9.2 por ciento pertenece al ISSSTE, el 1.3 por ciento pertenece a PEMEX y el 0.5 por ciento pertenece a SEDENA; de la población sin derecho a seguridad social el 39.1 por ciento acude a la SSA, el 0.8 por ciento acude al servicio médico de la UV, el 0.3 por ciento acude al DIF y el 0.3 por ciento acude a medicina privada.

Tabla 31. Distribución de la población usuaria de servicios de salud según tipo de Institución del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, diciembre 2005

	No. De usuarios	Porcentaje
Con derecho a seguridad social	184	48.5 %
IMSS	35	9.2 %
ISSSTE	3	1.3 %
SEDENA	2	0.5 %
Servicio médico de la UV	3	0.8 %
Sin derecho a seguridad social		
SSA	148	39.1 %
DIF	1	0.3 %
Medicina privada	1	0.3 %
total	379	100.0 %

Esta tabla representa la distribución porcentual de la población con derecho a seguridad social que demanda los servicios de salud, se observó que el 64.5 por ciento de población con derechohabencia acude a su clínica de atención, el 26.0 por ciento acude a médico particular, el 8.7 por ciento acude al centro de salud lo que ocasiona un desgaste de los servicios de salud, el 0.4 por ciento acude al servicio médico de la UV y el 0.4 por ciento acude al DIF.

Tabla 32. Distribución de la población derechohabiente del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada que demanda los servicios de salud, diciembre 2005

Institución	No. Usuarios	Porcentaje
A su clínica	149	64.50 %
Médico particular	60	25.97 %
Al centro de salud	20	8.66 %
Servicio médico de la UV	1	0.43 %
DIF	1	0.43 %
total	231	100.00 %

Esta tabla representa la distribución porcentual de la población sin derecho a seguridad social que demanda los servicios de salud, se observó que el 46.6 por ciento de la población sin derecho a seguridad acude al centro de salud, el 52.0 por ciento acude a médico particular generándoseles tal vez un gasto catastrófico, el 0.7 por ciento acude a la cruz roja y el 0.7 por ciento acude a caritas de Xalapa.

Tabla 33. Distribución de la población no derechohabiente del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada que demanda otros servicios de salud, diciembre 2005

Institución	No. De usuarios	Porcentaje
Al centro de Salud	69	46.6 %
Médico Particular	77	52.0 %
Cruz Roja	1	0.7 %
Caritas de Xalapa	1	0.7 %
total	148	100.0 %

Recursos para la salud

- o El centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada para un total de 58,606 habitantes 58,606 según estudio de regionalización operativa y una población abierta de 32,001 habitantes en su área de responsabilidad en 19 AGEB para el área urbana y siete localidades rurales
- o Prestación de servicios de salud a través de once núcleos básicos
- o El tiempo de traslado para la población usuaria es: mínimo cinco minutos y máximo 60 minutos
- o La eferencia y contrarreferencia es al Hospital Regional Civil Dr. Luis F. Nachón,
- o Recursos humanos: un director, un jefe de enfermera, 17 médicos, siete enfermeras, tres odontólogos, dos trabajadoras sociales, una psicóloga, una nutrióloga, un promotor, dos administradores y un auxiliar administrativo.
- o Los servicios de salud con los que cuenta el centro de salud son:
 - o Consulta: médica, odontológica, de nutrición y psicología;
 - o Trabajo social y
 - o Administración.

DISCUSIÓN

De las 379 encuestas levantadas al número igual de familias, de los factores de riesgos priorizados, se considera:

Factores generales como son edad, sexo, estado civil, combustible intra domiciliario y embarazo. Que en el modelo del diagnostico de salud, se incorporan en los aspectos demográficos los tres primeros. Para ello es importante la estructura poblacional ya que con la transición demográfica y epidemiológica que sufre el país, Tapia y colaboradores, mencionan que lo que ha favorecido la epidemia de diabetes es la magnitud del incremento demográfico, resultado de la acelerada dinámica que mantuvo la población hasta los años sesenta y que al pasar la población infantil y juvenil de cero a catorce años a la población laboral (quince a 64 años), el decremento de 13.6 por ciento en este grupo de edad, se equipara al aumento de 13.4 por ciento en la población en edad laboral. Por ultimo menciona que alrededor del diez por ciento de individuos desarrollarán diabetes tipo 2 antes de los 40 años de edad. Combustible intra domiciliario, que se incorpora en el apartado de factores de riesgo del ambiente social, en el apartado de vivienda, y embarazo, que se incorpora en dos aspectos, el primero en relación con la quinta causa de mortalidad general que son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y que para el año de 2004, se presentó con una tasa de 30.4 por 100,000 habitantes y segundo por ocupar el catorceavo lugar como causa de muerte la entidad embarazo, parto y puerperio con una tasa de 3.1 por 100,000 habitantes.

En relación a los factores conductuales se considero la eliminación deficiente de desechos sólidos, y la fauna nociva, al respecto se encuentran dos referencias en las cuales hacen mención específicamente con la presencia de moscas y vectores, el primero en el cual Esrey (1991) hace una revisión de estudios intentando medir el impacto del control de moscas sobre la frecuencia diarreaica, datos de siete estudios revelaron una reducción media del 40 por ciento de cualquier forma. Otro equipo Levine y Levine (1991) al revisar los mismos estudios concluyeron que hubo suficiente evidencia de la transmisión de la shigelosis por las moscas para justificar estudios para explorar la sostenibilidad de medidas de control de moscas. Así, en esta revisión, un estudio entre soldados israelíes usando señuelos para atrapar moscas, demostró una reducción del 64 por ciento en la densidad de moscas domesticas, con una reducción del 42 por ciento en visitas clínicas por diarreas y una reducción del 85 por ciento de shigelosis (Cohen et al 1991). El otro estudio realizado por Collado M y colaboradores, en condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes en el municipio de la habana vieja cuyo objetivo fue identificar la relación entre las condiciones de vida del hogar y la morbilidad por enfermedades transmisibles de los niños y adolescentes de ese municipio, específicamente en las enfermedades que resultaron más frecuentes: las infecciones respiratorias agudas (IRA) que agrupo el catarro, la bronquitis, la neumonía y la amigdalitis y las enfermedades diarreaicas agudas, para esta último la presencia de vectores en el hogar, demostró ser una asociación significativa.

Factores de riesgo intermedios

Se consideraron los que nos declaró el encuestado en relación a su control o tratamiento de las enfermedades siguientes: diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, cáncer, a la detección oportuna de cáncer cervicouterino, y al uso de métodos de planificación familiar. Al respecto, la OMS, en su informe de octubre de 2002, sobre la salud en el mundo 2002 "Reducir los riesgos y promover una vida sana" en el cual proporciona a las sociedades una guía de los caminos a seguir para hacer frente a toda una diversidad de condiciones de salud evitables que están causando la muerte prematura de millones de personas e impidiendo una vida sana a decenas de millones de individuos. Según el informe de un conjunto de 25 grandes riesgos evitables seleccionados y estudiados en detalle, insuficiencia ponderal del niño y de la madre, practicas sexuales sin protección, hipertensión arterial, tabaco, alcohol, agua, saneamiento e higiene inadecuada, niveles de colesterol elevados, humos procedentes de combustibles sólidos en ambientes interiores, deficiencia de hierro y sobrepeso y obesidad. Refiriendo además que para el 2020 morirán a causa del tabaco nueve millones de personas y cinco millones de defunciones atribuibles a sobrepeso y obesidad.

En México, Tapia y colaboradores, en el abordaje de las enfermedades no transmisibles como las antes mencionadas, refiere para la primera, en base a encuestas epidemiológicas que existen alrededor de 10.7 por ciento de la población mexicana con edad de 20 años y más padece diabetes, pero 35 por ciento ignora que la tiene. Esto significa que en México existen más de 5.5 millones de personas enfermas, de las cuales millón y medio no han sido diagnosticadas. En relación a la hipertensión arterial, en el mundo afecta a uno de cada tres adultos, con una prevalencia estimada de 28-32 por ciento con 140/90 mmHg o más de cifras de presión arterial, además de ser esta enfermedad un factor de riesgo de otras enfermedades graves como accidentes coronarios, cerebrales, renales, además se ha demostrado que los accidentes cardio y cerebro vasculares fatales y no fatales se incrementan en forma progresiva con el aumento de las cifras sistólicas y diastólicas, esta relación ha resultado ser fuerte predictiva y etimológicamente significativa. Así se ha podido conocer que una persona mayor de 35 años que tenga cifras diastólicas superiores a 100 mmHg sin recibir tratamiento regular, puede tener una reducción de su expectativa de vida equivalente a 16 años. La encuesta nacional de salud del año 2000, la prevalencia de obesidad en la población diabética fue de 40.1 por ciento lo que contraste con la prevalencia de la obesidad en la población no diabética, que fue sólo de 26.9 por ciento. Por otra parte, 46.8 por ciento de los paciente obesos registro hipertensión arterial en el momento de la encuesta, mientras que la prevalencia en población no obesa fue de 24.6 por ciento. Las consideraciones sobre la detección oportuna de cáncer cervicouterino, en que es responsable del trece por

ciento al quince por ciento de las muertes a nivel mundial a pesar de ser una enfermedad para la cual la detección temprana, el diagnóstico y tratamientos oportunos la hacen curable continua como un problema de salud pública. En lo referente a la utilización de métodos de planificación familiar, es importante, para favorecer los períodos ínter genésicos largos, y por ende reducir el riesgo y las complicaciones derivadas del mismo al binomio madre-hijo.

Factores de Riesgo Sociales

En ellos fueron considerados la familia, el alfabetismo y la escolaridad, vivienda, calidad de agua para consumo humano, disponibilidad de agua, disposición de excretas, hábitos alimentarios, alcoholismo y tabaquismo. La familia es considerada por ser la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y se le considera como la instancia protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. Ortiz G, y colaboradores, en su publicación sobre proyectos de intervención en salud familiar hace mención sobre lo anteriormente señalado además de referir autores que al estudiar la incidencia de IRAS en tres años, obtuvieron que la incidencia acumulativa de las más comunes de estas enfermedades varían en dependencia de la intensidad y magnitud de las referencias familiares. Por otra parte la susceptibilidad al infarto se encontró altamente relacionado con la fragmentación y desorganización de la familia, definida como situaciones de divorcio, separación, hogares monoparentales. La vivienda, el tipo de materiales, los problemas estructurales inadecuados, hacinamiento, presencia de vectores, fumadores dentro de la vivienda, suministro y calidad de agua, cocina en cuarto común, además de factores sociales como alcoholismo entre los convivientes, padres divorciados o separados, violencia familiar, padres que no trabajan, baja escolaridad de los padres, son riesgos que Collado y colaboradores presentan asociados a las IRAS y EDAS en niños y adolescentes en el municipio de la Habana Vieja.

Factores Económicos

Como son la población según condición de actividad e ingreso, CONAPO al referirse a estos como parte de los indicadores para construir índice de marginación, pone en relieve la oportunidad que da los ingresos por trabajo a la posesión de activos, el acceso a satisfactores esenciales relacionados con el gasto social del estado (como la educación y la salud) y subraya que las remuneraciones guardan relación con la productividad en el trabajo, sobretodo en el caso de los ingresos de los trabajadores con bajas calificaciones. Por lo que se incluye en la construcción del índice de marginación que menciona; porcentaje de la población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos. Identificar la población con o sin seguridad social, así como el acceso a los servicios de salud.

De lo encontrado desde el punto de vista demográfico como lo menciona Tapia y colaboradores, el incremento de la población en los años 60 ha ido el detonante de la actual epidemia de diabetes, en nuestra población, el 21 por ciento se encuentra en el grupo de quince a 24 años el cual con un potencial de vida de 50 años en promedio, sin la tendencia continua en cuanto al sedentarismo encontrado además de los antecedentes familiares en enfermedades crónico degenerativas, son potencialmente candidatos a sumarse a esta epidemia.

El 31 por ciento de la población se encuentra en el grupo de 20 a 40 y nueve por ciento en el grupo de 69 y más.

El 53 por ciento de mujeres cuentan con escolaridad básica y media lo que nos puede favorecer una mejor comunicación con las usuarias potenciales del centro de salud. Ya que no estamos dirigiéndonos a una población que no cuente con escolaridad.

En relación al otro factor considerado general que es el embarazo, el 42 por ciento de las mujeres que se encontraron embarazadas, no llevan un control prenatal lo cual es alarmante pues deberíamos de tener un control del 95 por ciento del control del mismo.

Para los factores de riesgo conductuales, el seis por ciento de las viviendas se encuentran con condiciones de espacio para tres personas y más por dormitorio en los núcleos 3, 4, y 5. El 47 por ciento de viviendas tienen disposición de excretas a fosa séptica con predominio en los núcleos básicos de 4 y 5.

El 57.5 por ciento de las viviendas refirieron presencia de fauna nociva que vinculados los tres factores pueden ser causantes de enfermedades diarreicas.

El 74 por ciento de la población declaró sedentarismo y el 29 por ciento sobrepeso, este último, porcentaje muy alto por nivel de la media nacional en cuanto a prevalencia de obesidad del 29 por ciento y sólo que eso realmente es lo declarado por los entrevistados.

El 39 por ciento de las familias encuestadas no cuentan con seguridad social y de estas familias el 52 por ciento acude a médico particular.

El 60 por ciento de la población que si cuenta con seguridad social, el 8.7 por ciento acude al centro de salud.

RECOMENDACIONES

Intensificar la búsqueda de mujeres embarazadas, ya que el 42 declaró que no lleva control prenatal. A través de trabajo social y el personal que acude a su día comunitario.

Establecer en los núcleos donde se detectaron embarazadas sin control, la campaña "Adopte una embarazada" con la finalidad de establecer una red de apoyo para que pueda acudir a las consultas al centro de salud.

Para los que declararon sedentarismo, ubicar en los ámbitos deportivos de esas colonias, horarios o voluntariado con la escuela de educación física para que las actividades puedan ser promovidas cerca a su domicilio.

Vinculación con autoridades municipales, para la implementación de jornadas de limpieza comunal, utilizandola para eliminar la basura peri domiciliaria y por ende la fauna nociva existente en todos los núcleos básico.

Informar de los servicios que presta el centro de salud, ya que potencialmente son usuarios y probablemente desconocen la existencia del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mukodsi, M.,Hernández,A.,Lugo,N. 2005.El Estado de Salud de la Población Disponible desde <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEEZEEAyAEhEcQBxPc.php>
2. Cruz A y Donato A. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo. Un enfoque integral. Revista cubana Salud Pública v.22 n.2 p.1-14. La Habana. Julio -diciembre 1996

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mendoza M., Diagnóstico de Salud. Monografía. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México 2005
- 2 CARMEN Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades Transmisibles. Disponible desde <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/carmen-info.htm>
- 3 Tapia C. R, Sarti E, Kuri P, Ruiz Matus C, Velásquez O, et al. Manual de Salud Pública. Tomo I. Intersistemas S.A. de C.V. México 2004.
- 4 Tapia C. R, Sarti E, Kuri P, Ruiz Matus C, Velásquez O, et al. Manual de Salud Pública. Tomo II. Intersistemas S.A. de C.V. México 2004.
- 5 Tapia C. R, Sarti E, Kuri P, Ruiz Matus C, Velásquez O, et al. Manual de Salud Pública. Tomo III. Intersistemas S.A. de C.V. México 2004.
- 6 Tapia C. R, Sarti E, Kuri P, Ruiz Matus C, Velásquez O, et al. Manual de Salud Pública. Tomo IV. Intersistemas S.A. de C.V. México 2004.
- 7 Revista de la Facultad de Medicina. UNAM . www.facmed.unam.mx/publicaciones/revista/un15-acti.htm

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD EMILIANO ZAPATA. XALAPA, VERACRUZ

Francisco Javier Auñon Segura, Evangelina Montes Villaseñor, Charbel Elizabeth. Rosas López

INTRODUCCIÓN

Una de las etapas más importantes del proceso de planeación de los Sistemas de Salud es sin duda el Diagnóstico de Salud, ya que permite identificar las principales características epidemiológicas, los diferentes aspectos que condicionan la salud de la población y los recursos con que se cuenta para otorgar los servicios de salud.

Una vez admitido que el proceso de salud–enfermedad no es únicamente un proceso biológico individual, sino que también está influido por los procesos sociales y ambientales, es cuando nos planteamos abordar los problemas de salud desde una perspectiva más amplia.

En el presente Diagnóstico de salud, de manera objetiva se destaca la importancia relativa de cada problema de salud, además de pronosticar el comportamiento y las tendencias para priorizar los principales padecimientos, lo que contribuye a orientar y definir las estrategias que aseguren la máxima productividad de los recursos asignados para la salud, es por ello que el Diagnóstico de salud se convierte ahora en una herramienta de vital importancia para planear intervenciones y posteriormente evaluar su impacto en la salud de la población.

En resumen, el Diagnóstico de salud que aquí se presenta, contiene la información y el análisis de los problemas de salud que afectan a la población del área de responsabilidad del centro de salud Emiliano Zapata; los recursos con los que se cuenta para hacer frente a la problemática detectada; la priorización de los daños a la salud y por último, los logros y retos que enfrenta el sector.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de salud es un proceso sistemático y periódico a través del cual pretendemos conocer la situación de salud de una comunidad. Este conocimiento se consiguió a través de la información que identifique; los factores, problemas y necesidades que condicionan y afectan a la salud de determinada población.

Ahora, con respecto al centro de salud Emiliano Zapata perteneciente a la jurisdicción sanitaria No. V de Xalapa, Veracruz. Cabe mencionar que se había realizado un diagnóstico de salud en el año 2000, el cual no ha sido actualizado en su totalidad y que en comparación con el Diagnóstico de Salud estándar que fue realizado y propuesto por los alumnos de la maestría en salud pública, se consideró que existen muchas oportunidades de mejora para dicho diagnóstico de la unidad antes mencionada, entre las que destaca la no identificación y priorización de los principales problemas de salud que afectan a esa población, dicho apartado esencial no está contemplado en el diagnóstico de salud elaborado en el año 2000, así como también estilos de vida y otros indicadores que pudieron ser de mucha importancia para la toma de decisiones y repartición de recursos del centro de salud.

Es por todo esto que se puede decir, que el desarrollo del presente diagnóstico de salud se fundamenta en la inexistencia de información relevante, precisa y actual sobre la población del área de influencia que maneja el centro de salud Emiliano Zapata, así como la carencia de documentos que pudieron haber facilitado la obtención y análisis de varios indicadores contemplados en la propuesta de un diagnóstico integral; ya que

de alguna u otra forma dichos documentos constituyen una base para el conocimiento de la situación de salud de esta área de responsabilidad.

Partiendo de esas premisas, se consideró necesario realizar un diagnóstico de salud que abarque gran parte del área de responsabilidad de la población asignada a esta misma unidad y así conocer cuáles son las principales causas de enfermedad y de muerte, cuáles son los factores sociales, económicos, demográficos que ponen en riesgo a la población y de esta manera priorizar los principales daños a la salud y realizar acciones de prevención.

Por último es necesario mencionar que este diagnóstico se hizo con la finalidad de proporcionarle a cada una de las autoridades de los centros de salud, una herramienta que será de gran utilidad y ayuda para la elaboración de una planificación estratégica de las prioridades teniendo en cuenta su viabilidad, urgencia y recursos disponibles además puede atizarse como modelo para otras regiones análogas a esta.

MARCO TEÓRICO

La planificación en salud pública es el proceso que define los problemas de salud de la población; permite identificar necesidades y demandas, localizar recursos, establecer metas y llevar a cabo acciones administrativas y técnico-médicas para la consecución de los objetivos que conduzcan, por medio de la salud, al desarrollo económico y social del país (González CE, 1988).

Hasta 1995, los Diagnósticos de salud eran únicamente descriptivos y se realizaban como parte de los programas estatales de mediano plazo, basados en una guía diseñada a nivel central, como un listado de información, sin una metodología definida para su análisis (Álvarez AR, 2002).

El Diagnóstico de la salud, es la primera etapa del proceso de planificación, a la cual le siguen la programación, la discusión y la decisión, para finalmente pasar a la ejecución, el control y la revisión. El Diagnóstico de la salud colectivo describe y analiza cuantitativa y cualitativamente los problemas de salud de una población, a la luz de los elementos que los condicionan o determinan, presentados en forma tal que permiten establecer alternativas viables de solución (Forattini O, 1991).

La Secretaría de Salud considera al diagnóstico de salud como un instrumento que permite conocer dentro de un área geográfica determinada, las características sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas de una comunidad, así como la red de servicios de salud con que cuenta, su forma de gobierno y la situación política de la misma; información que permite identificar los principales problemas de salud, así como sus factores condicionantes, a la vez facilita valorar las posibilidades y recursos de la comunidad para enfrentarlos; esto coadyuva a la planeación y programación de acciones locales para la salud y por lo tanto la operación de los servicios (Secretaría de Salud, 2000).

La Ley Estatal de Planeación define el diagnóstico de salud como un documento estratégico de planeación y coordinación, por lo que se considera imperativo que año con año se actualice el Diagnóstico de salud como el punto de partida para la toma de decisiones (Armijo RR, 1998).

La descentralización de los servicios de salud, confirmó que la transferencia de recursos, programas, facultades y funciones, son insumos imprescindibles para garantizar la eficiencia e impacto de los servicios de salud de las entidades federativas, con la facultad de operarlos y conducirlos con mayor autonomía operativa. Para reforzar las capacidades estatales, es imprescindible replantear permanentemente el proceso de definición de estrategias, programas, acciones y metas, así como del proceso de asignación, liberación, ejercicio y comprobación del gasto.

La consolidación del proceso de descentralización, exige ahora poner menos énfasis en los indicadores de procesos y mayor atención en los indicadores de resultado. De esta manera, la evaluación de los programas de salud debe estar orientada a validar sólo aquello que se traduzca en salud y no en acciones independientes que sólo presentan cifras desligadas totalmente de la salud.

Lograr lo anterior requiere de un esfuerzo extraordinario, fortalecer la capacidad de gestión y decisión del estado y de las jurisdicciones sanitarias que lo componen, incrementar la participación en el proceso de elaboración del diagnóstico, así como en la definición de las intervenciones en salud, combinado, todo ello, en el proceso de planeación, programación, presupuestación, evaluación y seguimiento (Programa Sectorial de Salud, 2005-2010).

El Dr. Armando Cordera menciona que a nivel internacional y en el campo de la salud, los modelos se iniciaron a fines de la década de los años sesenta. La Organización Mundial de la Salud desarrolla a partir de 1970 la idea de elaborar un modelo para los sistemas de salud. Concretizándose hasta 1977 la primera reunión de los representantes de cada una de las regiones. En México durante la década de los años ochenta, se propone una variedad de modelos en el campo de las ciencias de la salud y posteriormente, pasada esa moda, en razón del convencimiento de que su correcta utilización es de gran trascendencia para todos.

En 1984, refiere el autor que se aplicó en México un formulario precodificado con el afán de establecer un diagnóstico en el área de salud, el cual se probó en diez delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el mismo año se aplicó a nivel delegacional en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con motivo de un curso en el que participaron los subdelegados médicos (Cordera A, 1996).

Con un enfoque epidemiológico, López Ramos, menciona que “el diagnóstico de salud es el resultado de un estudio esencialmente epidemiológico, el cual se presenta como un documento cuyos datos (científicamente analizadas) sirven para fundamentar las acciones de la prevención y control de las enfermedades y con ello mejorar los niveles de bienestar y utilidad social individuales y generales de la población estudiada”.

El autor también además se refiere “a la investigación de las causas de enfermedad y muerte, o profundizar sobre estadísticas de mortalidad, morbilidad y factores condicionantes, ya sea psicosociales, económicos y políticos, así como indicadores no sólo del daño a la salud, sino también del bienestar” (López R F, 2000).

Desde otra perspectiva, Álvarez Alva, considera que “el diagnóstico de salud es la etapa inicial de la planificación y permite conocer los problemas, las necesidades de una población y de los recursos de los que dispone para controlarlos o resolverlos. Es el resultado de una investigación que da a conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, así como los recursos con que cuenta para atacarlos. El conocimiento de dichas condiciones permite establecer prioridades de acción, formular programas conducentes o incrementar los ya existentes” (Álvarez AR, 2002).

Mendoza González considera al diagnóstico de salud como un ejercicio en salud pública que permite recolectar, procesar, almacenar y analizar la información necesaria para tener una visión real de la situación de salud de una comunidad, así como de aquellos factores que modifican o alteran el proceso salud-enfermedad de una comunidad. Que incluye la identificación de los recursos disponibles para resolver o controlar las problemáticas y plantear las alternativas de solución a las situaciones encontradas.

El diagnóstico de salud se constituye en un proceso de investigación permanente, de interpretación y análisis de la situación de salud de la población, que lleva a la definición de requerimientos y a la acción para

contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales, de tal manera que permita mejorar las condiciones de salud de una población (Mendoza GM, 2005).

Rodríguez Calzadilla menciona que el diagnóstico de salud es un proceso mediante el cual la población de un lugar determinado analiza y toma conciencia de su realidad, de su historia, de su entorno natural, de sus problemas y potencialidades, de sus conocimientos, actitudes y prácticas para mantener la salud y combatir la enfermedad de los individuos y familias (Rodríguez C, 1996).

En este proceso el equipo de salud se constituye en un facilitador para conseguir la motivación, organización, participación y compromiso de todas las personas de una comunidad, en el propio proceso de identificación de los problemas y potencialidades en relación con la salud.

La principal finalidad del diagnóstico de salud es estimular la acción para mejorar la salud de una colectividad humana y esto lo hace:

- o Proporcionando información precisa, actualizada e imparcial sobre la salud de la población y sobre sus determinantes.
- o Analizando la información desde el punto de vista de su impacto sobre la salud.
- o Fijando objetivos para evaluar el progreso.
- o Implicando a la comunidad en la planificación de su salud.

¿Cómo y para que sirve el diagnóstico de salud?

- o Reunir la información sobre salud relevante para una comunidad.
- o Identificar problemas de salud en la comunidad.
- o Identificar factores que afectan a la salud en esa comunidad.
- o Sugerir áreas de acción para mejorar la salud.
- o Ser un estímulo para que se realicen los cambios necesarios para mejorar el nivel de salud.
- o Fijar objetivos para conseguir logros relacionados a la salud.
- o Identificar la necesidad de nuevos datos de los indicadores de salud.
- o Informar a la población y a los directivos sobre las cuestiones que afectan a la salud de una manera sencilla y accesible.

Lo que se pretende con un diagnóstico de salud es identificar aquellos problemas de salud que afectan a una comunidad determinada para, una vez detectados, diseñar acciones que los solucionen y procurar satisfacer las necesidades reales de salud (Ladrón de Guevara, M.E. 1999).

El diagnóstico de salud, es por tanto una herramienta de conocimiento que debe permitir orientar las intervenciones en la comunidad de forma que éstas tiendan a proteger y promover su salud.

En definitiva, el diagnóstico de salud es un proceso sistemático y periódico a través del cual pretendemos conocer la situación de salud de una comunidad. Este conocimiento lo conseguimos a través de la información que identifique los factores, problemas y necesidades que condicionan y afectan a la salud de esa comunidad.

Una vez establecidos estos factores, problemas o necesidades y conocida la situación de salud, se deberá consensuar con la comunidad cuáles son las prioridades de actuación.

Con base a estas prioridades se podrá realizar por parte de los organismos, servicios, asociaciones y grupos comunitarios que se consideren competentes en la toma de decisiones una planificación estratégica de las prioridades teniendo en cuenta su viabilidad, urgencia y los recursos disponibles (Álvarez A. R, 2002).

En consecuencia, el diagnóstico de salud no debe considerarse un esfuerzo aislado, sino el comienzo de un proceso de información pública que debe alimentarse periódicamente con la realización de informes anuales de salud en la ciudad y en la población.

Finalmente, el diagnóstico es un proceso dinámico, que se debe actualizar permanentemente por la retroalimentación de la información proveniente de la evaluación de las intervenciones y de las investigaciones realizadas para este fin, lo cual permite el planteamiento de nuevas intervenciones o el fortalecimiento de las existentes con el objeto de mantener el estado de salud de la población.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar un diagnóstico de salud de la unidad de primer nivel de atención Emiliano Zapata, considerando los principales daños a la salud y los factores de riesgo que condicionan o determinan el estado de salud o enfermedad de la población del área de influencia de dicha unidad.

Objetivos específicos

- Identificar, analizar y priorizar los daños a la salud que prevalecen en la unidad de primer de atención de la colonia Emiliano Zapata.
- Analizar la relación existente entre los daños a la salud priorizados y sus factores de riesgo.
- Proponer alternativas de solución congruentes, factibles y viables considerando los resultados y la participación de la población.
- Informar tanto a las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria No. 5 como a las autoridades del Instituto de Salud Pública, de los resultados del diagnóstico de salud y de las alternativas de solución propuestas.

METODOLOGÍA

En este estudio no se consideró necesario el planteamiento de una hipótesis, ya que estas serían de carácter descriptivo, finalidad que se cubre con el planteamiento de los objetivos.

Criterios generales para la planificación del diagnóstico de salud

Para fines de planificación de este diagnóstico de salud se inició con la construcción de un diagnóstico de salud estándar el cual se realizó con la finalidad de abarcar los componentes necesarios que nos permitieron obtener datos de importancia para conocer la situación de salud actual de la población, para esto fue necesario realizar (un diagnóstico del diagnóstico) que se basó en una entrevista al directivo y una lista de cotejo para identificar las fortalezas y sobre todo las oportunidades de mejora del diagnóstico de salud realizado en el año 2002. Posterior a esto se continuó con la identificación de las principales causas de mortalidad y morbilidad partiendo del nivel Nacional, Estatal, jurisdiccional hasta llegar al nivel local (centro de salud), en donde además se obtuvieron cada uno de los factores de riesgo relacionados para cada una de las causas identificadas. La información se obtuvo de la dirección de planeación y desarrollo de los Servicios de Salud de Veracruz del año 2000 al 2003 oficial y del año 2004 preliminar, dicha información se enlisto y clasificó de acuerdo al código internacional de enfermedades (CIE 10) tabulándose por año, causa y magnitud, priorizados los principales daños a la salud del Centro de salud Emiliano Zapata; y con el afán de agrupar las patologías priorizadas y sus factores de riesgo de una manera útil para su evaluación y vigilancia,

se consideró la iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles) de la Organización Panamericana de la Salud la cual tiene como finalidad mejorar la salud de las poblaciones mediante la reducción de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles (ENT). Dicha iniciativa sirvió para la creación de un nuevo modelo que no sólo contemplara las Enfermedades no transmisibles, sino también las enfermedades transmisibles y otras enfermedades que no tuvieran una clasificación determinada. Dicho modelo tiene como nombre CASAPP (Criterios de Agrupamiento según Análisis Priorizados de Patologías) obteniendo como producto final el agrupamiento de los daños a la salud en tres grupos: 1) Enfermedades No Transmisibles, 2) Enfermedades Transmisibles, y 3) Otras patologías no clasificadas, y el agrupamiento de los factores de riesgo para cada patología en cuatro grupos: factores de riesgo generales, factores de riesgo conductuales, factores de riesgo intermediarios y factores de riesgo contextuales posteriormente se hizo una depuración de estos factores de riesgo tomando en cuenta la factibilidad de obtención de datos para cada una de nuestros elementos incorporados tomados del diagnóstico de salud estándar.

Quedando como resultado en el diagrama de patologías (Ver anexo 1), factores de riesgo y elementos del diagnóstico estándar.

Definición operacional de las variables

De las variables identificadas en la priorización de daños se tomaron cada una de ellas para analizarlas y se definieron conceptualmente; posterior a esto se operacionalizó cada una, partiendo del entendido que esta operacionalización permitió construir un cuestionario el cual sirvió para recolectar datos de trascendencia para la elaboración del diagnóstico (Ver cuadros 1, 2 y 3).

Cuadro 1. Definición operacional de las variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización	Criterios de riesgo
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte	Cuantitativa	intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Infantil. • Pre-escolar. • Escolar. • Reproductiva. • Productiva. • Postproductiva 	Se tomaron estos grupos de edad porque se consideran más vulnerables para padecer enfermedades como las que se mencionan dentro de las 10 primeras causas de morbilidad del centro de salud.
Sexo	Clasificación de los hombres y mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.	Cualitativa	Nominal	Quiénes se enferman mas (hombres o mujeres) de acuerdo al grupo de edad en riesgo.	Porque existen enfermedades que afectan a uno y otro sexo (hombre y mujer)
Educación	Educación permanente, enseñanza dispensada durante toda la vida profesional.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Población alfabeta • Población analfabeta • Escolaridad 	Porque según el grado de educación que tenga el paciente, es como puede identificar más fácilmente una patología, o saber que hacer en caso de enfermar.
Hacinamiento	Hogares con dos o más personas por habitación excluyendo (baño y cocina)	Cuantitativa	Intervalo	Numero de habitaciones por vivienda, y numero de personas por cuarto.	Es importante este rubro, porque las personas que viven en hacinamiento tienen más riesgo de padecer enfermedades infecto-contagiosas.
Hábitos alimentarios	Consumo de los diferentes grupos alimenticios (según la referencia del entrevistado)	Cualitativa	Nominal	Frecuencia diaria y/o semanal de: Frutas y verduras. Leguminosas. Grasa de origen vegetal y animal(manteca o carne grasosa) Comida rápida o industrializada Leche (descremada, semidescremada, entera)	Según los hábitos alimentarios que tenga el paciente es la potencialidad de riesgos para que lo conlleve a enfermedades.
Alcoholismo	Según la OMS, es un proceso que queda definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos que genera la incapacidad en la ingestión de alcohol una vez iniciada y la imposibilidad de abstenerse.	Cuantitativo	Intervalo	Se evaluará según el patrón de consumo	Se considera uno de los principales factores de riesgo para enfermedades hepáticas y conductuales
Tabaquismo	Intoxicación provocada por el consumo del tabaco	Cuantitativo	Intervalo	Se evaluará según el patrón de consumo	Al igual que el alcoholismo se considera uno de los principales factores de riesgo para enfermedades del aparato respiratorio, y tumores malignos.

COLECCIONES EDUCATIVAS 3 EN SALUD PÚBLICA

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización	Criterios de riesgo
Morbilidad	Número total de casos existentes de enfermedad entre la población total en un momento determinado por 1000.	Cuantitativa	Intervalo	Fórmula de tasa de morbilidad	Nos interesa conocer y analizar las principales causas de morbilidad y su comportamiento en los últimos 5 años que aquejan a la población del área de influencia del centro de salud
Mortalidad	Número de defunciones por cada 1000 habitantes en un año determinado.	Cuantitativa	Intervalo	Fórmula de tasa de mortalidad	Este rubro sólo se manejará de manera general para evaluar y analizar la relación entre la morbilidad y la mortalidad.
Infecciones de transmisión sexual	Son enfermedades de naturaleza infecciosa o parasitaria en las que la transmisión a través de la relación sexual tiene una importancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas éste no sea el mecanismo de transmisión primario o exclusivo.	Cuantitativa	Intervalo	Mujeres de 15 a 49 con vida sexual activa	Esta variable se nos hizo interesante abordarla porque el grupo más vulnerable a padecer infecciones de transmisión sexual son las mujeres con el rango de edad antes mencionado
Población económicamente activa	Población de 12 años y más que en la semana de referencia, se encontraban ocupadas o desocupadas.	Cuantitativa	Intervalo	De acuerdo al ingreso al salario mínimo.	Esta variable es importante porque nos da a conocer que población es más vulnerable a no tener los medios suficientes para acceder a los servicios de salud.
Población con acceso a los servicios de salud	Tamaño de la población que tiene acceso a servicios de salud por derechohabencia, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad del año	Cuantitativa	Intervalo	Según derechohabencia de la población a diferentes instituciones de salud	Con esta variable conoceremos que población cuenta o tiene derechohabencia a las diferentes instituciones de salud, y saber de esta manera con que población neta atiende el centro de salud.
Acceso a los servicios de salud.	Es la distancia que deben recorrer las personas de un área de influencia hacia cualquier unidad de primer nivel para demandar atención médica por medio habitual la cual no debe ser mayor a 60 minutos.	Cuantitativa	Intervalo	Se evaluará según el tiempo que se haga el paciente de su casa al centro de salud	Esta variable la tomamos en cuenta debido a la dispersión de las colonias del área de influencia del centro de salud, ya que debido a la lejanía no acuden a consulta

Cuadro 3. Definición operacional de las variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Operacionalización	Criterios de riesgo
Obesidad	Técnicamente, la obesidad es un aumento de la cantidad de grasa corporal y, con ello, un aumento del peso corporal	Cuantitativo	Intervalo	Según índice de masa corporal.	Al igual que el sedentarismo se considera un factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares y crónico degenerativas
Clima	Conjunto de fenómenos meteorológicos, que caracterizan el estado atmosférico y su evolución en un lugar determinado	Cualitativo	Nominal	Según reporte de SEAS.	Lo consideramos como un factor de riesgo principal para enfermedades del aparato respiratorio, especialmente para IRA, ya que en temporada de invierno los niños y los adultos mayores son más susceptibles a padecerlas.

Tipo de estudio y diseño general

Transversal, cuantitativo. El presente estudio se llevó a cabo con la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Emiliano Zapata. Se describieron estadísticas de mortalidad y morbilidad; asimismo se agruparon los factores de riesgo para la salud a través indicadores específicos para cada uno de éstos. No se modificaron a voluntad propia ninguno de los factores que intervinieron en el proceso de investigación. El periodo de elaboración fue de septiembre a diciembre de 2005.

El punto de partida de la metodología fue la priorización de los daños del área de Influencia del Centro de salud Urbano Emiliano Zapata. Tomando como base la participación de tres investigadores, alumnos de la Maestría en Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, es así como se determinó el abordaje respecto a la muestra de estudio y el tamaño de la misma, que se explica con detalle en el siguiente apartado.

Cabe señalar que debido a que el control y el análisis de la información fue estrictamente manejada por los investigadores, se contempló que con esto se redujo y anuló la amenaza en cuanto a validez se refiere, ya que se propuso la utilización de un instrumento de recolección de datos mismo que se baso en los factores depurados dentro del análisis de daños a la salud.

Los datos se recopilaron a través de la aplicación de un cuestionario con preguntas cerradas a la población del área de responsabilidad del centro de salud Emiliano Zapata y de la cédula de micro diagnóstico manejada a nivel nacional por los Servicios de Salud de Veracruz, el levantamiento de la información se hizo en un periodo comprendido del 30 de noviembre al 16 de diciembre 2005.

Mediante este tipo de estudio la población pudo ser seleccionada de manera aleatoria, sin considerar la exposición o el evento como criterios de selección, se distingue porque se indagó sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población en estudio.

La realización de este estudio tuvo las siguientes ventajas:

1. Que fue un estudio eficiente para estudiar la prevalencia e incidencia de las enfermedades que clasificamos en nuestra priorización de daños.
2. Fue un estudio que se puede realizar en un periodo corto de tiempo y además
3. Fue económicamente viable.

Dentro de las desventajas que se encontraron fueron:

1. Problemas para definir y medir a la población a estudiar.
2. Sesgos en la población a estudiar así como la confiabilidad de las personas que proporcionaron la información.

Universo de estudio

30,810 habitantes, divididos en ocho núcleos básicos y 28 colonias. población total ubicada dentro del área de responsabilidad que atiende el centro de salud Emiliano Zapata perteneciente a la jurisdicción sanitaria No.V de la ciudad de Xalapa, Ver.

Selección y tamaño de muestra

Tomando como base la población total del área de responsabilidad del centro de salud se determinó realizar un muestreo aleatorio simple por conglomerados con probabilidades proporcionales al tamaño; de esta forma se logró determinar una muestra representativa mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{(N-1) D + p \cdot q}$$

En donde:

N= Número total de población

D= Margen de error

n= Muestra

p= Riesgo de algún daño a la salud en la población del área determinada

q= Proporción de personas que pueden ser afectadas por alguna enfermedad en el área determinada.

Debido a que el análisis de los datos se realizará con base a grupos familiares, ha sido necesario dividir el número total de la población entre el número promedio de integrantes de una familia (cinco integrantes por familia). Con base a esto el tamaño de la muestra se realizó basándose en un número aproximado de 6,162 familias que habitan dentro del área de responsabilidad del Centro de salud Emiliano Zapata.

Se manejó un grado de confianza del 95 por ciento, con un margen de error del cinco por ciento, por lo tanto el cálculo del tamaño de la muestra fue de la siguiente manera:

$$D = \frac{B^2}{(1.96)^2} = \frac{(0.05)^2}{3.8416} = .00065$$

$$n = \frac{6162 (0.5)(0.5)}{6161(.00065) + (.25)} = \frac{1540}{4.25} = 362 \text{ familias}$$

Obteniendo así una muestra de 362 familias. Cabe mencionar que a esta muestra por decisión del equipo de investigación, se le aumentó el diez por ciento al número de familias quedando como muestra total 400 familias a las cuales se les aplicará el instrumento de recolección de datos, esto considerando posibles extravíos de cuestionarios. Se consideraron ocho conglomerados que es la forma en que se representa la estructura como se brinda la atención a través de los núcleos básicos.

Para identificar cada uno de estos núcleos básicos se consideró el mapa actual de área de responsabilidad para enumerar e identificar los nombres de cada una de las colonias y manzanas, que conforman cada núcleo, obteniendo un total de 28 colonias y 269 manzanas, de las cuales se escogió nuevamente de forma aleatoria ocho colonias, una por cada núcleo básico y por cada colonia dos manzanas quedando de la siguiente manera:

- NB 1= colonia "Mártires de Chicago" = 2 manzanas
- NB 2= colonia "Zapata norte" = 2 manzanas
- NB 3= colonia "Benito Juárez" = 2 manzanas
- NB 4= colonia "Carrillo Puerto" = 2 manzanas
- NB 5= colonia "Francisco I Madero" = 2 manzanas
- NB 6= colonia "Libertad" = 2 manzanas
- NB 7= colonia "Zapata Sur" = 2 manzanas
- NB 8= colonia "Vista hermosa" = 2 manzanas

Partiendo del total de 400 familias entre ocho núcleos básicos resulta un total aproximado de 50 familias por cada núcleo básico.

Se seleccionó nuevamente de manera aleatoria los números de las dos manzanas por cada núcleo y por cada colonia de donde se tendrán que obtener el total de familias esperadas para cubrir la cuota representativa para el diagnóstico de salud. Esto con la finalidad de obtener información heterogénea de las 6,162 familias que conforman las 269 manzanas de las 28 colonias del área de responsabilidad del centro de salud, al igual que los 8 núcleos básicos.

De la selección aleatoria de las manzanas por cada núcleo básico resultó lo siguiente:

- NB 1= manzanas 03 y 06
- NB 2= manzanas 24 y 28
- NB 3= manzanas 11 y 14
- NB 4= manzanas 45 y 49
- NB 5= manzanas 54 y 55
- NB 6= manzanas 62 y 65
- NB 7= manzanas 76 y 78
- NB 8= manzanas 95 y 100

Quedando finalmente el siguiente cuadro (Ver cuadro 4):

Cuadro 4. Universo, selección y tamaño de la muestra

	Universo	Muestra planeada	Muestra realizada
POBLACIÓN	30810	1810	1450
NUCLEOS BÁSICOS	8	8	8
COLONIAS	28	8	8
MANZANAS	269	16	16
FAMILIAS	6162	362	400

Las 50 familias por núcleo básico serán cubiertas en primera intención por la primera manzana seleccionada, de no ser así se pasará a la segunda hasta completarlas.

Es necesario mencionar que el tipo de muestreo seleccionado, así como los procedimientos utilizados en la selección y numeración, asignada a las 269 manzanas de cada núcleo básico ha sido sin seguir el procedimiento de los manuales o guías de la propia Institución y utilizando los mapas sin la numeración por manzana que existe, esto para tratar obtener una información que abarque la mayor parte del área del responsabilidad del centro de salud Emiliano Zapata.

Criterios de inclusión

- o Población abierta y derechohabiente de las manzanas seleccionadas
- o Encuesta a aplicar a personas mayores de 18 a 60 años.

Criterios de exclusión

- o Población abierta y derechohabiente que no es del área de responsabilidad del centro de salud.
- o No se aplica el cuestionario a personas menores de 18 años y mayores de 60.
- o Población abierta y derechohabiente de las manzanas no seleccionadas.

- o No se aplica el cuestionario a empleadas domésticas.
- o No se aplica el cuestionario a visitas temporales de la familia.
- o Personas que se nieguen a colaborar con el llenado del cuestionario.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos

Para efecto de este estudio se obtuvo la información a través de:

Fuentes de datos primarios: son aquellos recogidos directamente por los investigadores, en este caso la recolección de datos se hizo partiendo de las siguientes etapas:

1 Etapa: Entrevista al directivo de la unidad para conocer a profundidad como fue que se elaboró el diagnóstico de salud del año 2002. Esta entrevista se estructuró partiendo de seis apartados los cuales fueron:

- o Identificación de los componentes de ese diagnóstico.
- o Proceso de recolección de los datos.
- o Captura e integración de los datos.
- o Análisis de la información.
- o Conclusiones y
- o Recomendaciones.

2 Etapa: Se realizó una lista de cotejo, en el cual, como su nombre lo indica, se compararon los resultados obtenidos en la entrevista con los resultados esperados que se enunciaban en la lista de cotejo, lo mismo se hizo para el diagnóstico de salud del año 2002 cuyos componentes se cotejaron con los componentes ideales de un diagnóstico de salud elaborado por los alumnos de la maestría en salud pública los cuales se enunciaban también en dicha lista. De esta forma se obtuvo como resultado un diagnóstico del diagnóstico en el cual se identificaron las fortalezas y oportunidades de mejora para el diagnóstico elaborado en el año antes mencionado.

Posterior al análisis del diagnóstico del diagnóstico se dio a la tarea de elaborar un diagnóstico el cual comprendiera la mayor parte de los componentes del diagnóstico ideal que los alumnos de la maestría elaboraron, para esto, se construyó un cuestionario que pudiera recolectar datos de interés de nuestra población de estudio y tener una evidencia certera y confiable del estado de salud de la gente que se encuentra dentro del área de responsabilidad del centro de salud.

Dicho cuestionario consta de los siguientes apartados:

- o Identificación geográfica.
- o Composición familiar.
- o Educación: Grado y nivel de estudios y alfabetismo.
- o Estado civil.
- o Ocupación.
- o Ingreso económico.
- o Derechohabencia.
- o Daños a la salud.
- o Características de la vivienda.
- o Servicios públicos.
- o Saneamiento del medio.
- o Estilos de vida y factores de riesgo.
- o Asociaciones.

Cada apartado consta de una o dos preguntas con sus respectivas opciones de respuestas.

Cabe mencionar que este cuestionario fue analizado al interior del Instituto de Salud Pública (ISP) y con las autoridades del centro de salud Emiliano Zapata, por cuatro expertos acreditados para tal fin, tres del ISP, y uno del centro de salud. Dichos expertos sugirieron cambios y adecuaciones, posterior a lo cual coincidieron en que el cuestionario sí obtenía los datos esperados sobre lo que se investigaba por lo que quedó acreditado para su validación a través de una prueba piloto.

La prueba piloto se realizó en dos jefes de familia que acudieron a consulta al centro de salud. Posterior a esta prueba se realizó la validación del instrumento siendo necesario adecuar ciertas preguntas dejando como resultado final un cuestionario estructurado por doce componentes con una o dos preguntas y opciones de respuesta múltiple.

Posteriormente este cuestionario fue aplicado a la población a través de la técnica de encuesta, siendo un instrumento que se utiliza para obtener información que no existe en las fuentes rutinarias, o bien para complementar la información con datos pertinentes y actuales, obteniendo una información que no es posible conseguir por otros medios. Mismo que se va a llevar a cabo de manera personal.

Dichos cuestionarios se aplicaron a partir del 30 de noviembre al 16 de diciembre del 2005, con base a la determinación de la muestra y la selección de la misma, aplicada en las manzanas seleccionadas, así como el número de familias seleccionados de cada manzana. Cabe señalar que para que fueran válidos y confiables los datos recolectados se aplicaron los cuestionarios exclusivamente a aquellas personas que no están contempladas en las variables de exclusión.

3 Etapa: Se hizo uso de fuentes de datos secundarios: los cuales son aquellos derivados de fuentes documentales (bases de datos) ya existentes. Por ejemplo: Censo poblacional, Estadísticas de Mortalidad, Estadísticas de Morbilidad, Estadísticas de Natalidad entre otras.

Personal de apoyo para el levantamiento de la información

Se contó con la participación del personal de la unidad de salud, alumnos de nutrición, odontología, medicina y de tres investigadores estudiantes de la Maestría en salud pública.

Recursos financieros

En cuanto a materiales y recursos financieros éstos estuvieron absorbidos dentro de los gastos propios de los investigadores ya que la unidad de salud refirió que no le es posible apoyar en ese aspecto. Por lo antes descrito los responsables de la recolección y análisis de la información estuvieron estrictamente sujetos a los alumnos de la maestría que elaboraron dicha investigación.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Los resultados obtenidos tras la realización del diagnóstico de salud, deberán hacerse en este caso públicos y ser expuestos mediante una presentación en la unidad médica, para dar a conocer al personal de salud los resultados. Por otro lado además se elaborará un informe por escrito, mismo que será entregado a las autoridades del centro de salud y al Instituto de Salud Pública por conducto del Coordinador del Módulo de Salud Pública, con los resultados obtenidos, así mismo se pretende dar a conocer al comité de salud de la unidad médica, mismo al que se espera se involucre en el conocimiento de los daños a la salud que imperan dentro de la comunidad.

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Se determinó para todas las variables un listado de frecuencias, aún para aquellas categorías que tienen su medición en lo nominal, ubicando los resultados en tabuladores de tipo numérico que permitieron establecer las proporciones de presentación de los fenómenos relacionados con la salud. Esta agrupación de la información, proporcionó un manejo estadístico que permitirá realizar una descripción de las condiciones y determinantes de la salud.

Finalmente para el vaciado y tratamiento de la información se diseñó una base de datos. Con los cálculos obtenidos se analizará y se expondrán las principales medidas estadísticas y epidemiológicas.

Procesamiento y análisis de la información

Se midió cada uno de los indicadores, para determinar el resultado en función de los principales daños a la salud. Se construyó en el programa Epiinfo la base de datos, en el cual se realizó la captura de los cuestionarios; previa codificación específica y manual de cada cuestionario por tres personas, para dar una mayor confiabilidad a los datos capturados.

El número de variables permitió obtener la información de todos los datos del cuestionario en la forma más conveniente para su análisis, acorde a los objetivos de este diagnóstico, incluso para detectar las oportunidades de prevención y promoción a la salud para cada una de las familias, así como obtener cualquier tipo de información posible para seguimiento posterior de este diagnóstico.

El análisis de los resultados se realizó mediante el paquete estadístico EpiInfo. Los programas considerados para realizar el análisis de datos se consideran tres

- o **Microsoft Excel**, hoja de cálculo de la paquetería office, Versión 2003
- o **Microsoft Word**, procesador de texto donde se redactará lo restante del diagnóstico de salud.
- o **Epidat**, programa para análisis epidemiológico de datos tabulados, Versión 3.0 (freeware)
- o **EpiInfo**, programa para realizar base de datos y análisis Versión, 3.3.2 (freeware)
- o El análisis de los datos obtenidos se basó en el riesgo relativo y Odds Ration.

RESULTADOS

Antecedentes

El Centro de Salud. Emiliano Zapata cuenta con un diagnóstico de salud elaborado en el año 2002. El cual cuenta con un 70 por ciento de datos históricos de la ciudad de Xalapa, y un 30 por ciento de datos de importancia para la salud pública, fue elaborado por el personal de salud que labora en la unidad como: el director que estaba en ese año a cargo de la unidad, médicos, enfermeras, promotores de salud, trabajadores sociales e integrantes del Comité de salud. Las fuentes de información que se utilizaron para la realización de ese diagnóstico fueron: cédulas de micro diagnóstico, conocimientos personales del mismo director, diagnósticos pequeños elaborados por estudiantes de la facultad de enfermería, información de INEGI e información del municipio. El proceso que se siguió para su realización fue el levantamiento del censo para conocer el área geográfica y universo de trabajo, posteriormente se hizo el concentrado de esas cédulas mediante la metodología del MASP. Cabe mencionar que este diagnóstico no tiene ninguna utilidad y que la toma de decisiones está basado en el Programa de Trabajo y el requerimiento que hacen las autoridades superiores y la gestión de recursos en base a las metas programadas POA, a los recursos existentes y a las necesidades y demanda de cada programa, por ejemplo, la semana nacional de salud y casos de contingencia.

El Centro de salud Urbano se encuentra ubicado en la calle: Ramón Caracas Lara sin número Colonia Emiliano Zapata, Xalapa, Ver.

El Centro de salud de esta colonia Emiliano Zapata, fue fundado e inaugurado el día 18 de Noviembre del año 1988, como un modelo piloto de Atención Modular con 1500 habitantes como área de influencia de esta misma colonia; cada módulo estaba integrado en sus inicios por un médico, una enfermera, un promotor de salud, haciendo un total de tres módulos, apoyo de un técnico en odontología, dos vigilantes, un personal de Intendencia, un auxiliar administrativo.

Esta Unidad fue construida en un lote donado por ejidatarios de esta colonia, en este terreno se encontraba un campo deportivo, mismo que desapareció con la construcción de esta Unidad de Salud que contaba en sus inicios con un área física para tres módulos.

Posteriormente se construyó la protección para mayor seguridad a este Centro.

El horario inicial de atención al público era de 8:00 a 15:30 hrs. de lunes a viernes.

Fue fundado e inaugurado por el Secretario de Salud Dr. José Rodríguez Domínguez que se encontraba en esa época el cual asistió a inaugurarlo junto con el Jefe de Jurisdicción además se encontraba el Dr. Evaristo González de la O., Dr. Luís Fernando Antiga Tinoco Dr. Julio Arronte Argüelles.

En un inicio fue llamado Centro de salud suburbano de la Colonia Emiliano Zapata por su ubicación, posteriormente se fue conociendo con este nombre, mismo que se tomó como propio sin que oficialmente le fuera asignado.

Este Centro de salud fue promovido por los colonos y ejidatarios de esta colonia mismos que realizaron gestiones y donaron el terreno para la construcción de una Unidad de Salud debido a la marginación.

Casi no había vías de comunicación y el acceso para llegar al centro de salud era difícil. Posteriormente se construyeron dos accesos de comunicación los cuales se ubicaban uno en el camino antiguo a Coatepec con gravilla sin pavimentar y sin transporte público por lo que se tenía que llegar a pie. El otro acceso era por la colonia Carrillo Puerto, calle Mártires de Xalapa. Cabe mencionar que existe el paso de la vía del ferrocarril y que por encontrarse cercana una terminal ocasionaba la obstrucción del paso peatonal.

Una de las características de la colonia es que no existían ni banquetas, ni guarniciones, ni calles pavimentadas y que a través de gestiones en coordinación con los colonos y Centro de salud se promovieron faenas que ayudaron a mejorar la urbanización. Posteriormente se gestionó para que entrara un autobús del Servicio Urbano y en la actualidad se cuenta con cuatro rutas de transporte que facilitan el acceso a esta colonia.

El modelo de atención a la salud para la población abierta, se constituye en el marco rector de la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud de Veracruz y establece los lineamientos para su integración en una red de servicios de primer nivel en un ámbito geográfico poblacional bien definido, acordes a la ampliación de la Cobertura de Servicios y mejoría en la calidad de atención.

El objetivo fundamental de los servicios de primer nivel, consiste en otorgar a la población una atención integral y de calidad con énfasis en la entrega del Paquete Básico de Servicios de Salud, mediante acciones preventivas, curativas, de rehabilitación, de fomento de la participación comunitaria en la operación de los servicios y el autocuidado de la salud.

Geográficos

Características generales de la ciudad de Xalapa

La Ciudad de Xalapa está situada en las faldas del cerro de Macuiltépetl y las estribaciones orientales del Cofre de Perote, en la zona de transición entre la Sierra Madre Oriental y la planicie costera del Golfo de México. Su altura se encuentra a 1,427 metros sobre el nivel del mar colindando con los municipios de: Banderilla, Coatepec, Emiliano Zapata, San Andrés Tlalnehuayocan, Naolinco y Jilotepec.

Superficie: 118.45 Kms². Latitud: 19° 32' 24" y Longitud: 96° 55' 39"

Hidrografía: En los alrededores de la Ciudad de Xalapa se encuentran los ríos: Sedeño, Carneros y la laguna del Castillo. También, existen arroyos como el de Chiltoyac y las Ánimas. Y dentro del perímetro urbano se localizan los manantiales de los Tecajetes y Xallitic.

Las lluvias son abundantes en Verano y principios de otoño, siendo más ligeras en lo que resta del año, y lloviznas con niebla "chipi-chipi" en invierno, esto debido a la afluencia de los vientos del norte, que provocan grandes descensos de temperatura con heladas esporádicas.

Topografía: Se encuentra en una accidentada e irregular topografía, la cual hace que las calles de Xalapa sean tortuosas, estrechas y quebradas, y por ubicarse en este tipo de suelo, Xalapa luce especialmente bella, ya que permiten sus pendientes disfrutar de una gran variedad de paisajes, como lucen las cumbres señoriales del Citlaltépetl (Pico de Orizaba), siendo este el volcán más alto de la República Mexicana o el Nahcampatépetl (Cofre de Perote) que deriva su nombre de la caprichosa forma de su cumbre.

Límites del área a estudiar

La población del área de responsabilidad del centro de salud está conformada por 30,810 habitantes, aproximadamente. De acuerdo al estudio de regionalización operativa (ERO), la población de responsabilidad del centro de salud se reúne en 28 colonias aledañas a éste. Para la atención de las personas, las colonias están distribuidas en 8 núcleos básicos, distribuidos de la siguiente manera:

- o Núcleo 1: Mártires de Chicago, Santa Rosa, Margaritas, Tulipanes, con una población de *3,185*.
- o Núcleo 2: Zapata Norte, Ejido Zapata, Las Lajas de Pacho, Buena Vista, con una población de *3,130*.
- o Núcleo 3: Benito Juárez, con una población de *4,035*.

- o Núcleo 4: Carrillo Puerto, Caminos, Isleta, Centro, Tabachin, con una población de 2,580.
- o Núcleo 5: Reforma, Francisco I. Madero, con una población de 5,828.
- o Núcleo 6: Libertad, Arenales, El Haya, Venustiano Carranza, con una población de 2,289.
- o Núcleo 7: Zapata Sur, con una población de: 3,648.
- o Núcleo 8: Santa Bárbara, Rancho Pastoresa, Jardín Ánimas, Vista Hermosa y Esmeralda con una población de 4,586.

Los cuestionarios de recolección de datos se aplicaron, según el muestreo estadístico poblacional, en ocho núcleos básicos, 39 manzanas y por consiguiente once colonias. Enseguida se especifica el número de cuestionarios levantados y el porcentaje correspondiente para cada núcleo básico y colonia (Ver cuadro 5 y 6).

Cuadro 5. Número de cuestionarios aplicados y porcentaje, según núcleo básico del área de responsabilidad del Centro de salud Emiliano Zapata. Dic 2005 – Ene 2006

Núcleos básicos	No. De cuestionarios	%
1	50	12.5
2	50	12.5
3	50	12.5
4	50	12.5
5	50	12.5
6	50	12.5
7	50	12.5
8	50	12.5
Total	400	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos. ISP-CS Emiliano Zapata dic 2005.

Cuadro 6. Número de cuestionarios aplicados y porcentaje, según colonias y núcleos básicos del área de responsabilidad del Centro de salud Emiliano Zapata. Dic 2005 – Ene 2006

Colonias	Manzanas	Total de cuestionarios	%
1 Mártires de Chicago	03 y 06	50	12.5
2 Zapata Norte	24 y 28	50	12.5
3 Benito Juárez	11 y 14	50	12.5
4 Carrillo Puerto	45 y 49	50	12.5
5 Francisco I Madero	54 y 55	50	12.5
6 Libertad	62 y 65	50	12.5
7 Zapata Sur	76 y 78	50	12.5
8 Vista Hermosa	95 y 100	50	12.5
8 colonias	16 manzanas	400 cuestionarios	100

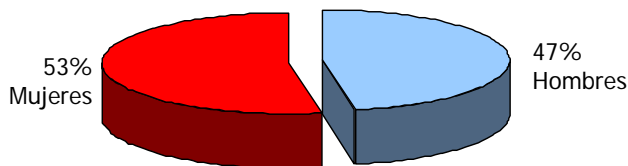
Fuente: Cuestionario de recolección de datos. ISP-CS Emiliano Zapata. dic 2005.

Demográficos

Población Total del área

Los datos que a continuación se presentan corresponden al número de encuestas aplicadas en la población seleccionada que fueron 400 familias con 1450 individuos, de los cuales 685 son hombres y 765 mujeres (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de población por sexo del área de responsabilidad del Centro de Salud Emiliano Zapata

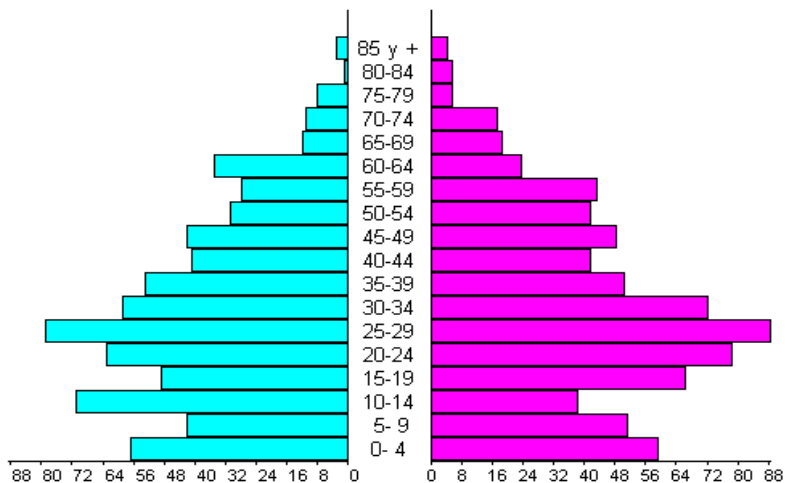


Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005

En la siguiente pirámide poblacional que se obtuvo de la muestra seleccionada, se obtuvieron los siguientes datos, en el sexo femenino se observa una mayor proporción que en el sexo masculino sobre todo a partir de los grupos quinquenales de 65 años y más; este aumento en algunos años de la población traerá como consecuencia un cambio en el panorama epidemiológico al iniciar a presentarse más frecuentemente enfermedades crónico degenerativas. Cabe mencionar que lo más importante que se observó en esta estructura fue el ensanchamiento considerable en el grupo quinquenal de cero a cuatro años, ello se traduce que la natalidad en esta área podría estar en aumento. Lo que retrasaría si fuese así el bono demográfico.

Otras observaciones fue la edad promedio de 32 años para este grupo poblacional y la edad mediana es el resultante de la división en dos partes iguales de la población que es de 29 años, obteniéndose número de hijos por mujer fecunda que es de 26; este índice se obtuvo a través de la división de niños nacidos recientemente (cero a cuatro años) entre las mujeres en edad fértil (quince- 49 años). Esta estructura sirve para conocer principalmente los fenómenos demográficos y la relación que estos tienen con la salud (Ver gráfica 2).

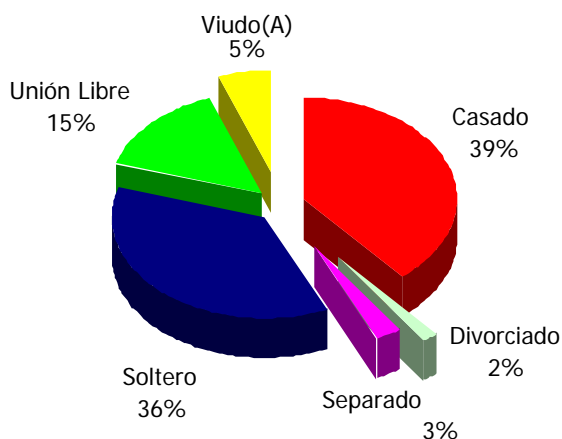
Gráfica 2. Estructura demográfica. Centro de Salud Emiliano Zapata por grupos quinquenales



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005

El estado civil de la población que se encuentra en unión libre y casadas suman en total un 54 por ciento teniendo un porcentaje bastante considerable en relación con las personas que no tiene pareja que es de un 46 por ciento (Ver gráfica 3).

Gráfica 3. Porcentaje de la Población de doce años y más por estado civil Centro de Salud Emiliano Zapata.

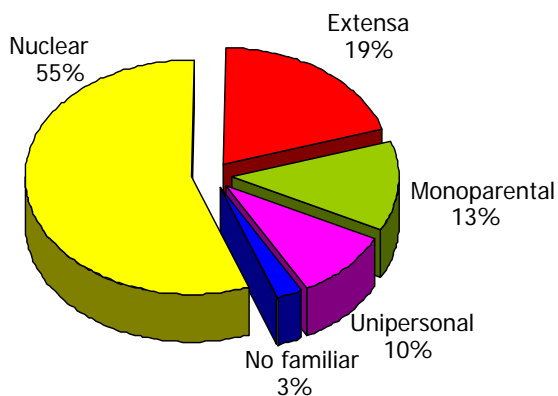


Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005

En los últimos años la familia se ha debilitado dando paso al aumento de familias monoparentales. La familia como grupo social debe cumplir tres funciones básicas que son: la función económica, la biológica, la educativa, cultural y espiritual; es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. Los resultados obtenidos son: 79 familias extensas, 50 de tipo monoparental, 38 unipersonal y diez no familiar.

En la gráfica se observa que la composición familiar que predomina es la nuclear, continuando la extensa (Ver gráfica 4).

Gráfica 4. Porcentaje según el tipo de familia. Centro de Salud Emiliano Zapata



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005.

Daños a la salud

Mortalidad

En el ejercicio que se realizó con base a la tasa de los años 2000 al 2004 y de acuerdo a la información recopilada en la jurisdicción sanitaria no. V de Xalapa, la tasa de mortalidad para el año 2000 es de 406/100,000 habitantes; para el año 2001 es de 408/100,000 habitantes; para el año 2002 es 411/100,000; para el año 2003 es de 413/100,000 habitantes para el año 2004 es de 415/100,000 habitantes. Aquí se observa un alto incremento de defunciones desde año 2000 al 2004 para la enfermedad de diabetes mellitus, en tanto que las enfermedades del corazón, tumores malignos, y enfermedades del hígado se mantienen estacionarias. Cabe mencionar que dentro de estas causas se observa un incremento en muertes por accidentes (Ver cuadro 7).

Cuadro 7. Principales causas de mortalidad municipal. Xalapa, Ver. 2004

Causas de Mortalidad	2000	2001	2002	2003	2004
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
Enfermedades del corazón	79.4	78	76.1	89.3	78.5
Tumores malignos	73.8	85.4	83.2	96.1	75.7
Diabetes Mellitus	49.4	46.2	40.6	42.84	61
Enfermedades del hígado	61.2	49.6	51.1	55.9	35.9
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	40.8	35.5	30.9	40.17	30.4
Influenza y neumonía	70.3	92.9	87.3	81.8	27.9
Enfermedades cerebro vasculares	41.3	49.9	55.4	50.34	27.7
Accidentes	10.8	31.8	16.1	24.2	26.7
Malformaciones congénitas deformaciones	10.8	18.3	4.9	14.28	12.5
Insuficiencia renal	21.9	11	16.1	18.15	11.8

Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED, 2005)

Morbilidad

La morbilidad general está expresada en el número total de casos existentes de todas las enfermedades entre la población total en un momento determinado por 1000. En el ejercicio que se realizó con la morbilidad de la unidad de salud se encontró que las enfermedades transmisibles como IRA, EDAS e IVUS son las más relevantes; cabe mencionar que en año 2002 hubo una disminución considerable en relación a las tasas en años anteriores y posteriores (Ver cuadro 8).

Cuadro 8. Principales causas de morbilidad del Centro de Salud Emiliano Zapata. 2004

Morbilidad	2000	2001	2002	2003	2004
Infecciones respiratorias agudas	75.9	67.7	5.07	38.5	32.85
Infección de vías urinarias	6.5	5.6	0.96	6.8	4.87
Otras helmintiasis	16.5	12.8	1.78	12	4.84
Infecciones int. por otros organismos mal definidos	3.1	5.3	0.33	5.7	4.09
Úlceras, gastritis y duodenitis	1.5	2.2	0.25	3.5	3.54
Candidiasis urogenital	3	2	0.17	0.7	1.72

Tricomoniasis urogenital	1.4	2	0.2	1.3	1.53
Otitis media aguda	1.9	1.9	0.16	1.1	1.07
Amibiasis intestinal	12.8	8	0.67	2.2	0.91
Ascariasis	1.2	1.5	0.17	0.8	0.65
Desnutrición leve	1.7	0.6	0.05	0.6	0.13

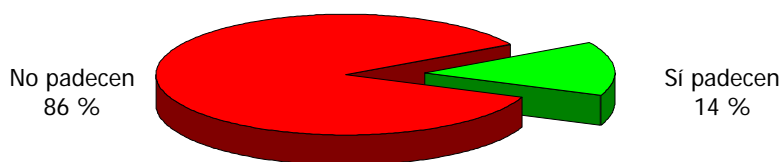
Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: SUIVE, Centro de Salud Emiliano Zapata, 2004.

Dentro de los datos relevantes que la población manifestó acerca del padecimiento o no de la enfermedad se encontró que 208 individuos sí padecen enfermedad y 1,242 no padecen enfermedad.

Es importante mencionar que los daños a la salud encontrados en el área de responsabilidad fueron clasificados de acuerdo a la metodología empleada como enfermedades no trasmisibles, trasmisibles y otras patologías no clasificadas (Ver gráfica 5).

*Gráfica 5. Porcentaje de la Población que manifestó padecer alguna enfermedad.
Centro de Salud Emiliano Zapata*



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, Diciembre 2005

El siguiente cuadro expresa la prevalencia de patologías específicas reportadas en el levantamiento de los cuestionarios para fines del presente diagnóstico. Dentro de lo más relevante que se encontró fue la gran cantidad de patologías crónicas degenerativas para Diabetes Mellitus y fueron 49 casos de mujeres, 29 casos de hombres, para Hipertensión arterial fueron 33 mujeres y 22 hombres, para Diabetes Mellitus e hipertensión arterial dos casos de mujeres y un caso de hombres y en rinitis alérgicas fueron un total de 19 casos, nueve mujeres y doce hombres y se encuentran en el área de responsabilidad del centro de salud (Ver cuadro 9).

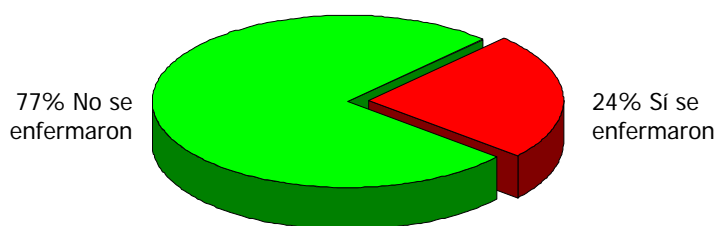
Cuadro 9. Enfermedades que prevalecen en el área de responsabilidad del Centro de Salud Emiliano Zapata

Enfermedades no trasmisibles	Mujeres	Hombres	Rango de edad
Diabetes mellitus	49	23	25-75
Hipertensión arterial	33	22	30-80
Diabetes e hipertensión	2	3	30-80
Rinitis alérgica	9	12	0-35

Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005.

Durante los quince días anteriores a la aplicación del cuestionario, solo 340 personas enfermaron y 1,110 no (Ver gráfica 6).

Gráfica 6. Población que manifestó haberse enfermado en los últimos quince días. Centro de Salud Emiliano Zapata



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005

A continuación se observan y se clasifican las patologías en trasmisibles, no trasmisibles y sintomatologías más frecuentes, también se observa una tasa elevada para las enfermedades trasmisibles (Ver cuadro 10).

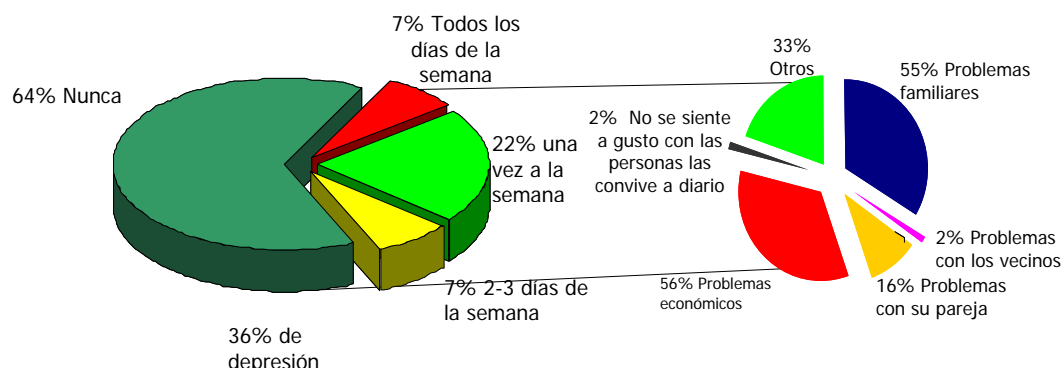
Cuadro 10. Población que manifestó haberse enfermado en los últimos quince días Centro de Salud Emiliano Zapata diciembre 2005

Enfermedades trasmisibles	Mujeres	Hombres	Rango de edad
IRAS	174	132	0-4 y 60-más
EDAS	13	7	0-4 y 60-más
Varicela	2	1	0-9
Enfermedades no trasmisibles			
Embarazo molar	1	0	20-25
Sintomatología más frecuente			
Mialgias y artralgia	2	1	40-55

Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, Diciembre 2005.

En el apartado de otras patologías no clasificadas se encontró a las personas que se autoperciben deprimidas y en la cual la mayoría de las personas que se deprimen es por problemas económicos y problemas familiares (Ver gráfica 7).

Gráfica 7. Porcentaje de individuos mayores de 18 años que se auto perciben como depresivos
Centro de Salud Emiliano Zapata



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005.

Factores de riesgo

De acuerdo a la metodología que se utilizó en esta investigación, los factores de riesgo utilizados para los daños encontrados fueron divididos en:

Factores de riesgo generales, intermedios, conductuales y contextuales

El índice de masa corporal encontrado en esta investigación fue de la siguiente manera: 276 individuos se encuentran en estado normal, con bajo peso 100, sobre peso 17 y obesidad siete. El IMC es un factor intermedio, está vinculado a las enfermedades crónico degenerativas como Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial principalmente (Ver gráfica 8).

Gráfica 8. Porcentaje de Masa Corporal de acuerdo al peso y talla que refirieron
Centro de Salud Emiliano Zapata

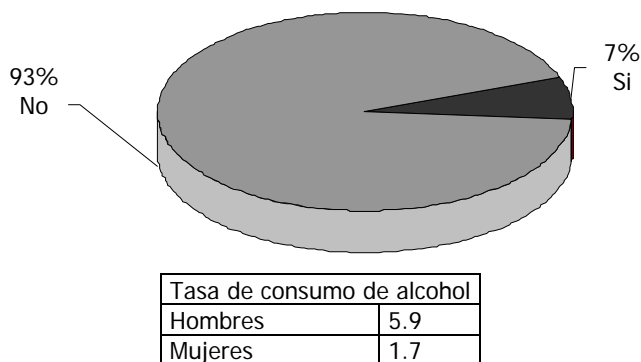


Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005

El alcoholismo es un factor conductual para las enfermedades crónico degenerativas y del hígado, así como también está asociado a afectaciones cardíacas. Los individuos que consumen alcohol son: hombres 85 y mujeres 25; cabe mencionar que el porcentaje de nivel nacional es de 39.1 por ciento de acuerdo a la

encuesta nacional del año 2000. Se realizó el ejercicio de construcción de tasa para el consumo de alcohol (Ver gráfica 9).

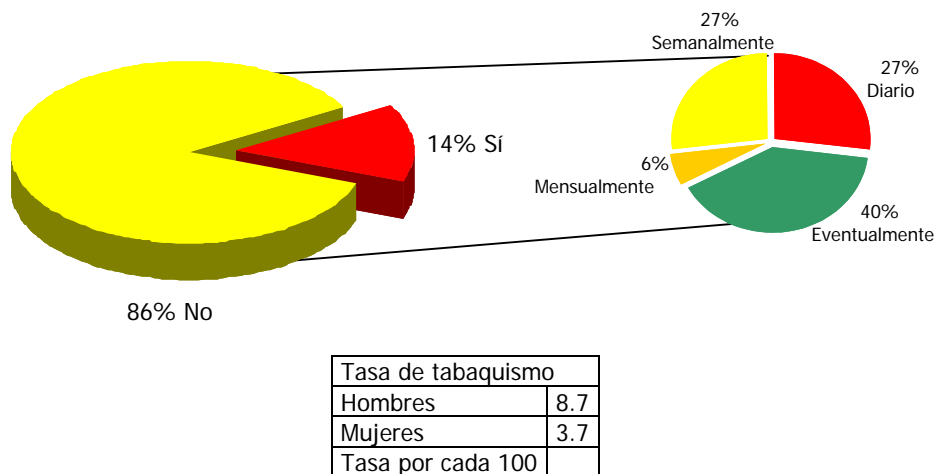
Gráfica 9. Porcentaje de individuos mayores de quince años que refieren el consumo de bebidas alcohólicas. Centro de Salud Emiliano Zapata



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005.

El tabaquismo es un factor conductual para las enfermedades transmisibles como IRA y no transmisibles como son crónico degenerativas, afecciones cardiacas y cáncer. Los individuos que fuman tabaco son 126 hombres y mujeres 53 de acuerdo a la encuesta nacional del 2000 es de un 21.5 por ciento. Se realizó el ejercicio de una tasa para tabaquismo de la población encuestada (Ver gráfica 10).

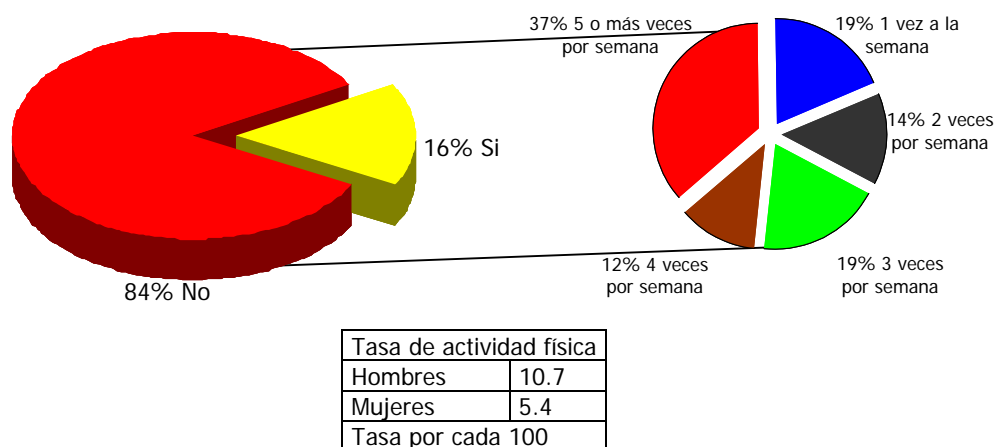
Gráfica 10. Porcentaje de individuos mayores de quince años que reportaron fumar tabaco. Centro de Salud Emiliano Zapata



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

La actividad física es un factor de riesgo conductual para las enfermedades no transmisibles como son las enfermedades crónico degenerativas Diabetes Mellitus e hipertensión arterial así como otras, los resultados obtenidos en esta investigación fueron 173 hombres que realizan actividad física y 78 mujeres. También en este factor se realizó la tasa (Ver gráfica 11).

Gráfica 11. Porcentaje de individuos de doce años y más que declararon realizar actividad física Centro de Salud Emiliano Zapata

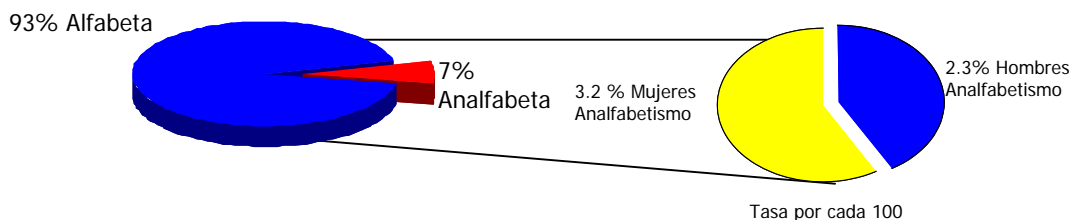


Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

Alfabetismo

Este es un factor de riesgo general y es importante tanto para las enfermedades trasmisibles como las no trasmisibles sobre todo por que no se identifican oportunamente los riesgos de la enfermedad y para el manejo adecuado del tratamiento, en cuanto a los resultados que se obtuvieron fueron: hombres 33 y mujeres 46 aquí se realizó la tasa con base al resultado (Ver gráfica 12).

Gráfica 12. Porcentaje de la población de quince años y más según la condición de alfabetismo Centro de Salud Emiliano Zapata



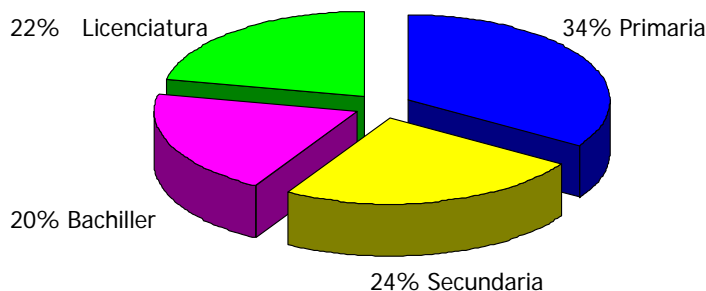
Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

Escolaridad

Es un factor de riesgo general y en la población seleccionada se obtuvieron los siguientes resultados.

408 tienen primaria terminada, 295 cuentan con secundaria terminada, 244 Bachillerato terminado y 261 con licenciatura terminada (Ver gráfica 13).

Gráfica 13. Distribución porcentual de las personas de seis años según el nivel de escolaridad Centro de Salud Emiliano Zapata



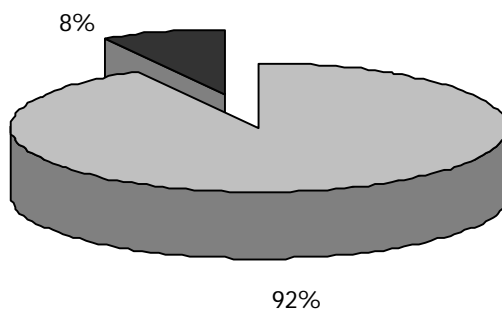
Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

Clima

Es un factor de riesgo contextual, la ciudad de Xalapa cuenta con un clima templado, húmedo regular, debido a los cambios bruscos en esta ciudad, afecta principalmente a las enfermedades trasmisibles es importante mencionar que esta ciudad cuenta con una temperatura promedio anual de 19.1° Celsius.

El acceso a los servicios públicos es un factor de riesgo contextual y se tiene que 366 familias cuentan con este servicio y 34 no cuentan con transporte público a estas familias se les dificulta el acceso así los servicios de salud (Ver gráfica 14).

Gráfica 14. Porcentaje de la población que cuenta con transporte público. Centro de Salud Emiliano Zapata

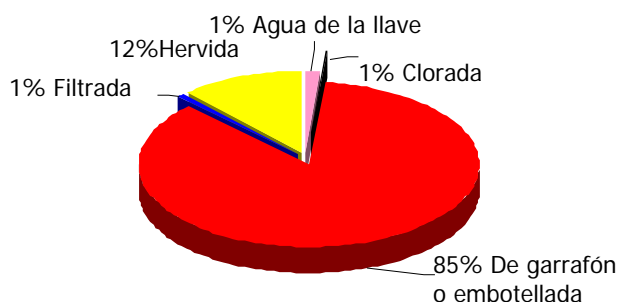


Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

Consumo de agua para su ingesta

El agua entubada con la que cuentan las viviendas del área de responsabilidad del centro de salud, no es apta para el consumo humano. De los datos recabados se sabe que 393 familias beben agua apta y sin riesgo para el consumo humano; (garrafón, clorada, hervida), no obstante siete familias de dicha área refieren consumir el agua que sale de la llave, sin tratamiento alguno, por lo que ponen en riesgo su salud con los microorganismos patógenos contenidos en el líquido (Ver gráfica 15).

Gráfica 15. Porcentaje de la población según el tipo de agua que consume. Centro de Salud Emiliano Zapata



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

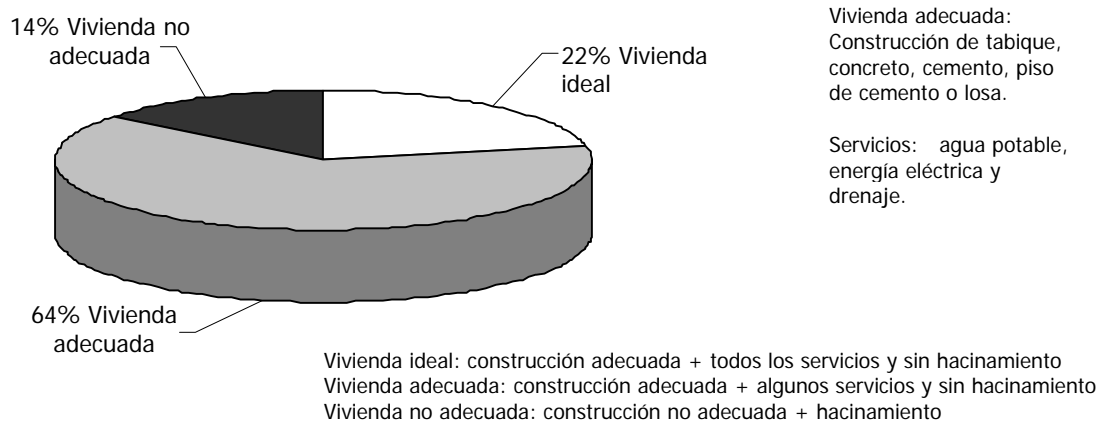
Basura

395 familias seleccionadas reportaron que cuentan con el servicio municipal de limpia pública, dos familias entierra la basura, una la queman y dos la tiran a cielo abierto. La red cuenta con un servicio permanente y de buena calidad, lo que permite que los desechos sean recogidos oportunamente evitando fauna nociva y contaminación ambiental.

Vivienda

En la vivienda entra un factor contextual que es importante tanto para las enfermedades transmisibles principalmente como es el hacinamiento (tres o más personas que duermen en un mismo cuarto) dentro de la población seleccionada se obtuvo que 57 viviendas son inadecuadas, en este apartado se tomaron en cuenta tres clasificaciones, la vivienda ideal que es construida con materiales aislantes de los cambios climáticos, que cuenta con servicios como agua potable, energía eléctrica, pavimentación, drenaje y además que no cuenta con el hacinamiento, la vivienda adecuada es la que está construida con materiales aislantes, que no presenta hacinamiento, pero que carece de algunos servicios y por última la inadecuada que no cuenta con servicios, su construcción no es adecuada y aparte cuenta con hacinamiento (Ver gráfica 16).

Gráfica 16. Porcentaje del tipo de viviendas. Centro de Salud Emiliano Zapata

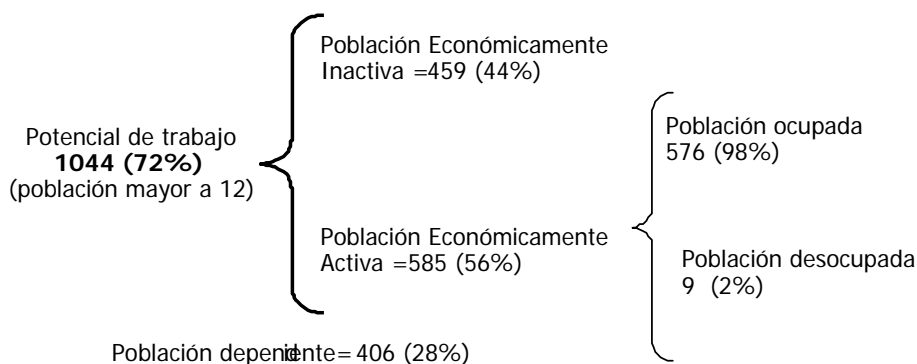


Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. diciembre, 2005.

Económicos

En lo que se refiere a la economía que persiste en el área de responsabilidad que cubre el Centro de Salud Emiliano Zapata, de acuerdo a la muestra se observó que el potencial de trabajo es de 1,044 individuos, la población dependiente es de 406 personas menores de doce años y arriba de 60 que no trabaja, el potencial de trabajo se divide en dos poblaciones: la Población Económicamente Activa (PEA) y la Población Económicamente Inactiva (PEI), dentro de la PEI se encuentran todos los individuos que están inactivos dentro del sistema económico como lo son personas minusvalidez, personas con alguna enfermedad que les impida trabajar, estudiantes, amas de casa; se tiene dentro de esta clasificación a 459 personas y en la PEA, se encuentran todas las personas que tienen un lugar en el sistema económico, manteniendo en movimiento la economía, aquí se encuentran los empleados u obreros, trabajadores por su cuenta, peones, patrones, empresarios, entre otros, en este apartado se tiene a 585 individuos, de estos sólo nueve se encuentran en busca de trabajo o que simplemente no trabajan y 576 sí realizan esta actividad (Ver figura 1).

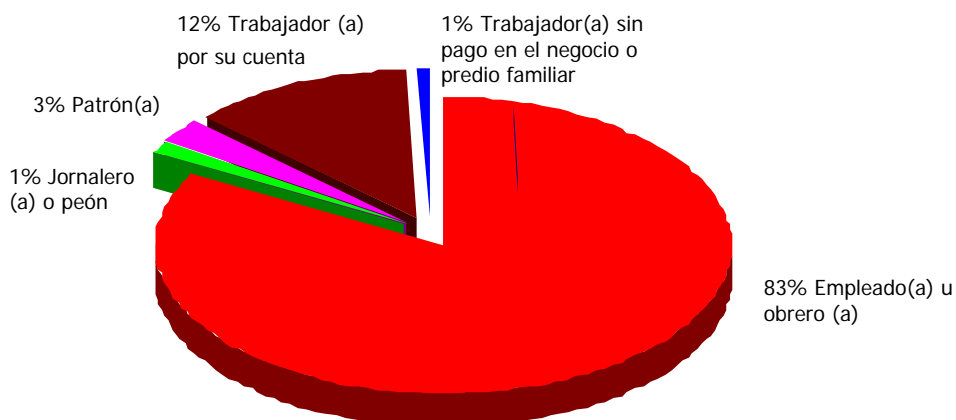
Figura 1. Población económica que pertenece al área de responsabilidad del Centro de Salud Emiliano Zapata



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

De la población seleccionada 478 personas refirieron ser empleadas u obreros, 71 trabajadores por su cuenta, 16 refirieron ser patrones, siete son jornaleros o peones y cuatro son personas que no tuvieron pago en el negocio o predio familiar (Ver gráfica 17).

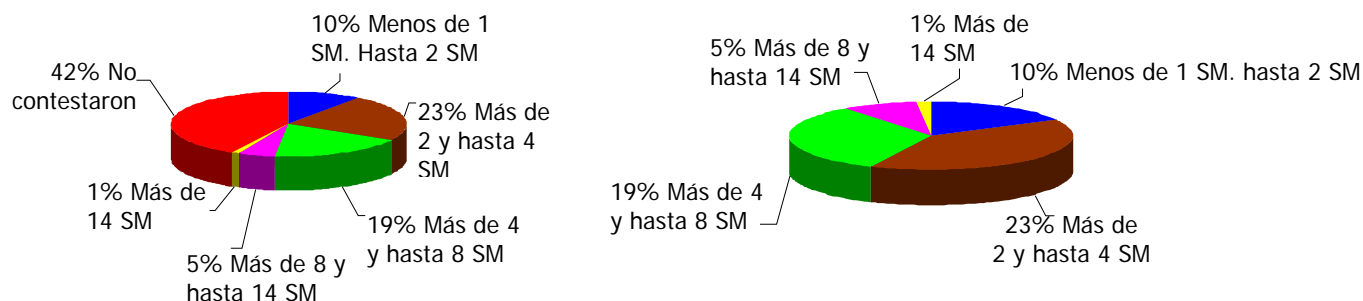
Gráfica 17. Situación en el trabajo de la población ocupada. Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre 2005



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

En cuanto a la percepción salarial, 241 personas no quisieron responder a la pregunta planteada, sin embargo; 61 personas perciben menos de un salario mínimo y hasta 2,131 personas refirieron percibir de dos y hasta cuatro salarios mínimos, 107 de cuatro hasta ocho salarios mínimos, 29 refirieron percibir más de ocho y hasta catorce salarios y sólo uno más de catorce salarios mínimos; se tomó en cuenta el salario de \$44.05 MN. que era el que estaba asignado para esta región hasta el mes de diciembre del 2005 (Ver gráfica 18).

Gráfica 18. Percepción salarial de la población económicamente activa. Centro de Salud Emiliano Zapata



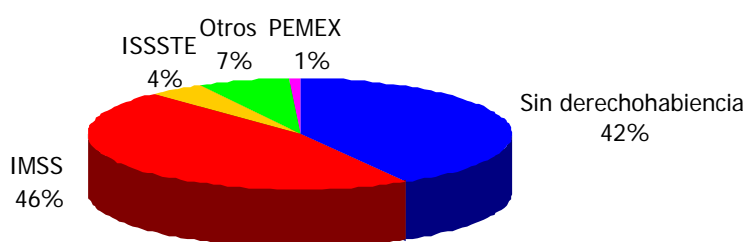
Salario Mínimo= \$44.05 diciembre 2005

Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata. Diciembre, 2005.

Recursos para la salud

La mayor parte de la población cuenta con derechohabencia a tres de las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, (IMSS, ISSSTE y PEMEX) con 46 por ciento, cuatro por ciento y uno por ciento respectivamente, por último el 42 por ciento de la población se encuentra sin derechohabencia (Ver gráfica 19).

Gráfica 19. Porcentaje de la población según derechohabencia. Centro de Salud Emiliano Zapata



Fuente: Cuestionario aplicado a familias, Centro de Salud Emiliano Zapata, diciembre 2005

De acuerdo al modelo de atención a la población abierta, describe que los recursos humanos necesarios para dar una atención con calidad y adecuada deben ser un médico, una enfermera y si se cuenta con más de tres núcleos básicos se requiere de un promotor de salud. De acuerdo al MASP, el número necesario de núcleos básicos para atender a la población deben de ser diez núcleos básicos y tres promotores de salud, recursos humanos con los que no se cuentan.

La infraestructura de la unidad de acuerdo a la NOM 197 y 178 es inadecuada.

Dentro del área de responsabilidad se encuentran cuatro unidades del IMSS: tres unidades familiares y un hospital de 2° nivel. Se cuenta con cuatro parteras, tres curanderos, tres yerberos, ocho hueseros, y siete boticarios.

DISCUSIÓN

Demográficos

Los datos obtenidos reflejan que el 53 por ciento de la población son mujeres y el 47 por ciento son hombres; dentro de la estructura de la pirámide poblacional lo más relevante que se pudo detectar fue el ensanchamiento en el grupo quinquenal de cero a cuatro lo cual se traduce como un incremento en la natalidad.

Daños a la salud

Las tres primeras causas de muerte según datos estadísticos a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y municipal para los años 2000 al 2004 son: las enfermedades del corazón; tumores malignos y diabetes mellitus como primera, segunda y tercera causas de mortalidad respectivamente.

Lo cual nos indica que la gente se está muriendo por estas causas y que siguen en aumento el número de casos.

En cuanto a los datos estadísticos de morbilidad del centro de salud sólo se encuentran registradas los números de casos de enfermedades trasmisibles como IRAS, EDAS e IVUS sin hacer mención del número de casos existentes de enfermedades no trasmisibles como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Es por esto que es importante hacer mención que las patologías antes mencionadas fueron las que más se detectaron al momento del análisis de la información para la realización del diagnóstico de salud esto se traduce en que la unidad no reporta adecuada y oportunamente los casos existentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Depresión

Dentro de los hallazgos relevantes que se encontraron es que el 36 por ciento de los individuos mayores de doce se auto perciben deprimidos, por dos factores importantes, problemas familiares y problemas económicos.

Factores de riesgos intermedios

Para el IMC cabe mencionar que en el nivel nacional el total de la población tiene un 23.7 por ciento de sobrepeso un 38.4 por ciento y 36.2 por ciento índice ideal en contraste con lo encontrado en esta población estudiada.

Factores de riesgos conductuales

Alcoholismo. Cabe mencionar que en la población no es tan significativa en relación a la encuesta nacional que se encuentra con 39.1 por ciento, pero que es importante trabajar con nuestra población de riesgo para prevenir consecuencias que el alcoholismo conlleva como son accidentes, cirrosis, violencia intrafamiliar entre otras. A largo plazo. Cabe mencionar que de las cinco primeras causas de muerte en el municipio de Xalapa se encuentran las enfermedades del hígado:

Tabaquismo: la encuesta nacional de salud refiere un 21.5 por ciento para tabaquismo, en nuestra población selecciona las cifras no son tan significativas pero lo ideal es trabajar en medidas preventivas para reducir a 0 por ciento el que se fume tabaco en el área de responsabilidad Emiliano Zapata.

Actividad Física: estamos hablando de una población sedentaria aquí si sería importante fomentar a la población para la realización de actividades físicas cuando menos tres veces a la semana durante más de 40 minutos, para ir disminuyendo el sedentarismo en nuestra población.

Factores de riesgos generales

Analfabetismo: según la encuesta nacional de salud en el año 2000 el analfabetismo se encuentra en un ocho por ciento en relación a los resultados encontrados solo es menor en uno por ciento es importante este factor para todos los daños encontrados en nuestra población debido a que las medidas preventivas y curativas se realizan por escrito.

Factores de riesgos contextuales

Clima: Es importante mencionar los cambios bruscos de temperatura que existen durante el transcurso del año en esta ciudad los cuales oscilan entre 4°C a 30°C con un nivel de humedad alto, esto hace que se considere como un factor de riesgo importante para las enfermedades transmisibles.

Vivienda: dentro de la población encuestada encontramos un catorce por ciento de viviendas deficientes en servicios y con hacinamiento esto se considera como un factor de riesgo para las enfermedades transmisibles principalmente.

Factor Económico

El potencial de trabajo de la población es de 72 por ciento del cual se deriva una PEA. de un 56 por ciento, considerando este porcentaje como un 100 por ciento, se deriva la población ocupada con un 98 por ciento, cuya situación en el trabajo predomina los empleados y obreros con un 83 por ciento y un doce por ciento son trabajadores por su cuenta.

La percepción salarial predominante en la PEA es de dos y hasta cuatro salarios mínimos, con un 23 por ciento y un 19 por ciento percibe más de cuatro y hasta ocho salarios mínimos, tomando en cuenta que el salario mínimo en el municipio de Xalapa hasta diciembre de 2005, fue de \$44.05 MN.

Recursos para la salud

El modelo de atención a la población abierta, describe que los recursos humanos necesarios para dar una atención de calidad y adecuada a la población deben ser: un médico y una enfermera y en caso de contar con más de tres núcleos básicos se requiere de un promotor de salud. De acuerdo a dicho modelo cada núcleo básico debe atender a 3000 mil habitantes, por lo tanto se considera que los ocho núcleos básicos que maneja el centro de salud son insuficientes, ya que el total de población del área de influencia es de 30,810 habitantes, situación que hace necesario la gestión de personal para completar el número de núcleos básicos suficientes para atender a dicha población.

De acuerdo a la NOM 197 y 178 la unidad no cuenta con la infraestructura adecuada ya que los consultorios y cubículos necesarios para la atención a la población, no son suficientes debido a que no existen consultorios específicos para atención psicológica, nutricional y odontológica.

Dentro del área de responsabilidad se encuentran cuatro unidades del IMSS: tres unidades familiares y un hospital de 2° nivel.

CONCLUSIÓN

- Podemos concluir que la realización de este diagnóstico de salud tuvo resultados muy significativos en cuanto a daños a la salud y sus factores de riesgo y que por lo tanto, se puede considerar como una herramienta importante para gestionar recursos y tomar de decisiones por parte de las autoridades correspondientes que favorezcan situación de salud de la población.
- Los objetivos planteados al inicio de la realización de este diagnóstico de salud, fueron alcanzados.
- La morbilidad por diabetes e hipertensión son daños a la salud que siguen presentes en esta población, los estilos de vida y los recursos para la salud se relacionan con las patologías mencionadas anteriormente.
- Ahora si tenemos en cuenta que la estructura de la población actual se encuentra en una situación de inestabilidad como lo muestra la pirámide poblacional debido al ensanchamiento en el grupo quinquenal de 0 a 4, debemos considerar y tener presente que existe un incremento de la natalidad en esta área de influencia y que por lo tanto es necesario realizar un estudio específico que aborde las posibles causas que generan el aumento en este grupo quinquenal, como: programas relacionados a la salud reproductiva especialmente planificación familiar.
- Por otro lado observamos que si bien las condiciones del clima son determinantes en el desarrollo de infecciones respiratorias agudas, se deben de tener en cuenta otros factores, como el hacinamiento, y los estilos de vida.
- Dentro de los hallazgos más importantes fue la auto percepción por parte de la población de sentirse deprimido para ello es importante la valoración psicológica y gestionar con las autoridades correspondientes la elaboración de estrategias oportunas y eficaces para la prevención de este padecimiento.
- Por último podemos concluir que el requisito constante por parte de los Servicios de salud de Veracruz a las unidades de primer nivel de atención para hacer un diagnóstico de su población correspondiente implica por parte del personal médico dedicación de tiempo suficiente para el levantamiento y análisis de la información propósito que muy difícilmente se cumple debido a la escasez de recursos tanto financieros como humanos para la realización de tal ejercicio. Es por todo esto que se recomienda seguir con la metodología planteada en este diagnóstico elaborado por parte de los alumnos de la maestría en Salud Pública, porque si bien optimiza tiempo, también se obtienen resultados confiables e importantes para cada centro de salud.

RECOMENDACIONES

Realizar anualmente el diagnóstico de salud de acuerdo a la metodología presentada en este ejercicio, para que de esta forma reobtengan datos actuales en la evolución de los principales daños a la salud y sus factores de riesgo.

Debido a los daños a la salud como diabetes Mellitus e hipertensión arterial detectados en la población estudiada se recomienda una búsqueda intensificada de casos por parte del equipo multidisciplinario del centro de salud.

Realizar promoción de la existencia del departamento de psicología dentro del área de responsabilidad del centro de salud para que las personas que se auto perciban depresivas o tengan problemas de violencia intrafamiliar acudan a dicho departamento para recibir una valoración psicológica profesional y oportuna.

En el consumo de bebidas alcohólicas el porcentaje ha sido mínimo en comparación con la encuesta nacional, para tabaquismo es del 21.5 por ciento y alcoholismo 39.1 por ciento, con estos resultados, no significa que no deban realizarse acciones de detección y prevención oportuna ante estos factores de riesgo, dirigiendo dichas acciones a los grupos blancos de quince a 49 años.

Gestionar recursos humanos y materiales para otorgar una atención con calidad a todos los usuarios de acuerdo al Modelo de Atención a Población Abierta (MASPA) y a la Norma Oficial Mexicana 176 y 197.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Carbajal E. Diagnóstico de la Salud en México. 1^{era} Edición. Editorial Trillas. México 1988:5.
2. Álvarez Alva R. Salud Pública y medicina preventiva. 3^a. Edición. Editorial El Manual Moderno. México 2002:96.
3. Foratinni Oswaldo P. Epidemiología General 4^a. Edición. Editorial La Universidad de Sao Paulo, 1998:79
4. Secretaría de salud. Guía metodológica básica para la atención médica familiar. 2000:53.
5. Armijo Rojas E. Epidemiología Aplicada. Buenos Aires, Ed. Intermédica, Vol. II. 1998:465.
6. Programa sectorial de salud. En: Secretaría de Salud. Gobierno del Estado 2005-2010:12.
7. Cordera Pastor A. Sistemas de Atención Médica. En: Teoría de los Modelos. Revista Directivo Médico. Julio-Agosto 1996.
8. López Ramos F. Epidemiología de las enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. Editorial El Manual Moderno. México. 2003: 63-70.
9. Mendoza González MF. Cárdenas Bozzier IM. Diagnóstico de salud (Generalidades). Monografía. 2005:1.
10. Rodríguez Calzadilla A. Delgado Méndez L. Diagnóstico de Salud. Rev. Cubana. 1996; 33(1).
11. Ladrón de Guevara E. Diagnóstico local en salud; diplomado en municipio y salud. Instituto de Salud Pública. Xalapa, Ver. Septiembre. 1999.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD REVOLUCIÓN

Esmeralda Bernal Aguilera, Sara Flores Méndez, Alberto Morales Rodríguez

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de salud integral de una colectividad es considerado como la investigación de Salud Pública por excelencia, es una medida previa a las acciones en salud, su resultado es el reflejo de las diferentes condiciones en las que se desarrolla el ser humano, y surge por la necesidad de conocer los factores que condicionan el estado de salud de una comunidad e implementar medidas de acción a la problemática en salud, no sólo en el contexto epidemiológico, sino social, económico, y cultural de las familias que forman parte de la sociedad.

El objetivo primordial del diagnóstico de salud es identificar las causas de problemas en salud cuya solución sea viable, y que tengan como resultado la planeación, organización y ejecución de acciones dirigidas a mejorar el estado de salud de una comunidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este sentido, la salud o la enfermedad se concibe como el resultado de la relación dinámica y de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad, como producto del accionar del hombre frente a la producción, distribución y consumo de la riqueza, en las condiciones de su entorno natural, físico, biológico y social. Los problemas que se enfrentan en la resolución de esta compleja relación en la esfera biológica, psicológica y social condiciona el estado de enfermedad, mientras que el desarrollo de la capacidad física, mental y social, y la óptima vitalidad que surge del éxito en la solución de los conflictos, constituye al estado que denominamos salud.

Una de las funciones del personal de salud es determinar los problemas en salud de una población y proponer las medidas para atenderlos, lo cual implica poseer elementos que sustenten las decisiones a tomar a este respecto. La toma de decisiones debe estar basada en los problemas reales que afecten a la población, de lo contrario se corre el riesgo de no atacar los problemas prioritarios y de herramienta indispensable para determinar el estado de salud de una comunidad es el diagnóstico de salud, pues permite identificar aquellos problemas de salud que afectan a una comunidad determinada para, una vez detectados, diseñar acciones que los solucionen y procurar satisfacer las necesidades reales de salud.

MARCO TEÓRICO

El diagnóstico de salud de la comunidad, es un proceso que recae, fundamentalmente, en el personal de salud que se ocupa de la atención de los individuos y sus familias, siendo responsables de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en su área de influencia. La identificación, priorización y solución de los problemas de salud, le otorgan un carácter multidisciplinario e intersectorial y hace necesario un enfoque social y sistémico, con la participación de los líderes formales e informales y la puesta en práctica de métodos y técnicas diversas.

Álvarez A. (2002) menciona que el diagnóstico de salud es la etapa inicial de la planificación. Su utilidad consiste en que permite conocer los problemas, las necesidades de una población y de los recursos de los que dispone para controlarlos o resolverlos. Es el resultado de una investigación que da a conocer las condiciones de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, así como de los recursos con que se cuenta para atacarlos. El conocimiento de las condiciones

apuntadas permite establecer prioridades de acción, formular los programas conducentes o incrementar los ya existentes. El diagnóstico de salud debe tener las siguientes características:

1. Objetividad: los datos deben presentarse, siempre que sea posible, de manera cuantitativa para evitar subjetividad.
2. Precisión: debe referirse en la población de estudio y el medio en que se encuentra.
3. Integridad: ha de ser lo más completa posible para permitir conocer y evaluar el estado de salud de la población.
4. Temporalidad: generalmente se refiere a un tiempo determinado, un año por ejemplo.
5. González C. (1988) define el diagnóstico de la situación de salud de una colectividad como “la descripción y análisis cuantitativo y cualitativo de los problemas de salud de una colectividad, en el que se ponen en evidencia los elementos – condicionantes y determinantes- que intervienen, en forma tal que permiten una conclusión acerca de las causas emanado de ello un planteamiento para proponer alternativas de solución”.

En ese orden de ideas, el diagnóstico de la situación en salud de una colectividad en sí mismo, es un proceso que implica etapas sucesivas, y por tanto, no es sólo la recolección de datos que se refieren a distintos aspectos de la población (estudio de comunidad), sino un trabajo eminentemente interpretativo con varios tipos y niveles de integración.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer la situación de salud de la población atendida por el Centro de salud Urbano Revolución.

Objetivos específicos

- Priorizar los daños a la salud de la población estudiada.
- Analizar la relación existente entre los daños a la salud priorizados y sus factores de riesgo.
- Proponer alternativas de solución considerando la problemática local en salud.

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación del Diagnóstico de salud

Se inició el proceso de planificación con la construcción de un modelo de diagnóstico de salud estándar el cual fue exhaustivo, y que consta de manera general de ocho componentes que se consideraron pertinentes para explicar la situación de la población a estudiar, contemplando 82 variables, de las cuales se seleccionaron las que se ajustaron a las necesidades de nuestra área a estudiar. Los componentes contemplados dentro del diagnóstico de salud estándar son:

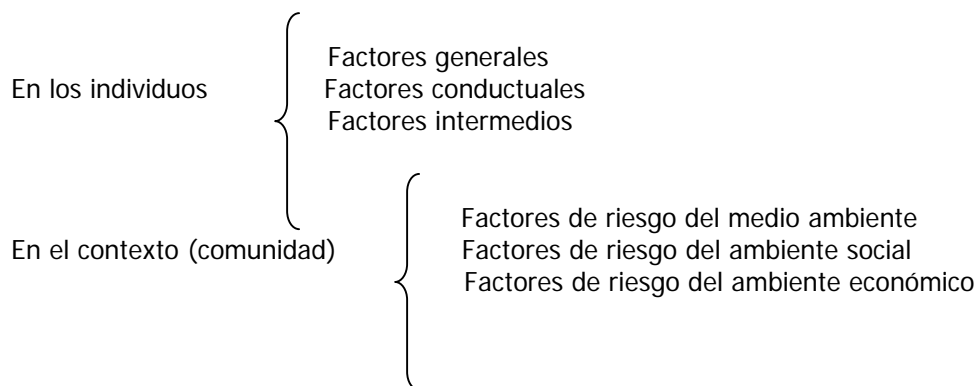
- 1 Antecedentes
- 2 Aspectos geográficos
- 3 Factores de riesgo del medio ambiente
- 4 Aspectos demográficos
- 5 Daños a la salud
- 6 Factores de riesgo del ambiente social
- 7 Factores de riesgo del ambiente económico
- 8 Recursos para la salud

Seguido de este ejercicio se elaboraron dos instrumentos: lista de cotejo y entrevista con el director, que nos permitieron en primer lugar identificar la composición del diagnóstico de salud con el que contaba la unidad médica elaborado en el año 2004, tomando como referencia el modelo de diagnóstico construido (lista de cotejo, anexo 1), y a su vez identificar el conocimiento que se tiene sobre el diagnóstico de salud y la utilidad que se le da al mismo (entrevista con el director, anexo 2).

En la fase inicial de la argumentación teórica del diagnóstico de salud, así como de los niveles de integración implicó el conocimiento de: Las características de la población del área de influencia correspondiente al Centro de Salud Urbano Revolución, en relación a su tamaño, estructura, dinámica y distribución.

Así mismo los daños a la salud que afecta a la población en términos de morbilidad y mortalidad de los últimos cinco años partiendo del ámbito general desde el nivel nacional, estatal y local (morbilidad del Centro de Salud Urbano Revolución).

Una vez identificados y analizados los daños a la salud característicos del área de influencia a estudiar se establecieron criterios de agrupación, de donde se partió para la identificación de los factores de riesgo como a continuación se presenta.



Por lo que se conformaron dos grandes grupos:

- a) Enfermedades transmisibles
- b) Enfermedades no transmisibles

Lo antes expuesto nos permitió clasificar las patologías identificadas previamente, consideradas de mayor importancia e impacto dentro del área de influencia del Centro de Salud Urbano Revolución y los factores que las condicionan teóricamente (Criterios de Agrupación, anexo 3).

De todo lo anterior expuesto se determinó que de las enfermedades transmisibles priorizadas son las siguientes:

- o Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Esta patología ocupa en todos los niveles el primer lugar. (Tabla III, IV, V, VI, VII, VIII). Una de las complicaciones frecuentes de las infecciones respiratorias son la neumonía que se encuentra como quinta causa de mortalidad a nivel municipal por lo que también se agrega a este listado.
- o Infección de vías urinarias. Patología que ocupa entre el segundo y tercer lugar en todos los niveles. (Tabla III, IV, V, VI, VII, VIII).
- o Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas. Esta patología ocupa el segundo lugar a nivel nacional y estatal, a nivel local ocupa el tercer lugar. (Tabla III, IV, V, VI, VII, VIII).

- o Enfermedades parasitarias (ascariasis, amibiasis intestinal, otras helmintiasis). Patologías que ocupan un lugar dentro de las primeras 10 causas de morbilidad en todos los niveles. (Tabla III, IV, V, VI, VII, VIII).

En cuanto a las enfermedades no transmisibles las patologías priorizadas son:

- o Úlceras, gastritis y duodenitis. Patología que ocupa más frecuentemente entre el cuarto y sexto lugar en todos los niveles.
- o Enfermedades cardiovasculares. De estas enfermedades el primer lugar de mortalidad a nivel municipal son las enfermedades isquémicas del corazón.
- o Diabetes mellitus. Aun que no se encuentra de manera permanente dentro de las primeras causas de morbilidad es una de las primeras causas de mortalidad a nivel municipal.
- o Enfermedades del hígado. El primer lugar de muerte de estas patologías está representada por la enfermedad alcohólica del hígado, por lo que estudiaremos alcoholismo.
- o Hipertensión arterial. Cabe señalar que dicha patología sólo se encuentra dentro de las primeras causas de morbilidad en el nivel nacional y estatal, y no aparece dentro de las 10 primeras causas en el nivel local, sin embargo la consideramos como una patología de importancia para este estudio.

Por lo que a partir de esta priorización de los daños y de la elección de las variables propuestas dentro del modelo de diagnóstico de salud estándar, que nos dieron la pauta para la construcción de un cuestionario basado en la cédula de micro diagnóstico, cuya información permitiera identificar los factores de riesgo relacionados a la morbilidad y mortalidad encontradas.

Definición operacional de las variables

A continuación se enlistan las variables que se utilizaron para esta investigación del diagnóstico de salud estándar (se agrega cuadro de variables operacionalizadas, anexo 4).

Antecedentes

- o Diagnósticos de Salud previamente elaborados: Quién lo realizó, como se realizó, etc.

Aspectos geográficos

- o Limites del área a estudiar (área geográfica estadística básica, colonias, calles).

Factores de riesgo del ambiente físico

o Clima: para este indicador tomaremos en cuenta las variables que a continuación se describen.
Temperatura: Se establecen mediante promedios. Se tiene en cuenta la máxima, la mínima y la temperatura media (diaria, mensual, anual) así como la amplitud u oscilación térmica en distintos periodos de tiempo (diferencia entre el mes más frío y el mes más cálido de un lugar). Se miden con el termómetro.

- a) Precipitación pluvial: Se establecen mediante los totales recogidos en los pluviómetros, las cantidades se suman y determinan el régimen pluviométrico del lugar o zona y se miden en milímetros, estimándose como lugar seco o húmedo o estación húmeda o de humedad constante.

- o Saneamiento del medio: Saneamiento es el control del ambiente físico externo del hombre, cuyo objeto es proporcionarle mejores condiciones para su sobrevivencia y actividades.

El saneamiento incluye muchas y diferentes actividades, de las cuales cabe mencionar las siguientes:

- a. Control de las condiciones sanitarias del agua para su ingesta. Calidad del agua de consumo humano: hervida, clorada, filtrada, embotellada, potable, cruda.
- b. Eliminación de excretas (humana y/o animal). Drenaje, letrina y/o fosa séptica, pozo negro, al ras del suelo.
- c. Disposición de basura. A través del servicio público recolector, la entierran, la queman, la tiran al depósito de desecho común.
- d. Fauna nociva. Si hay moscas, mosquitos, ratas, ratones, cucarachas, y otros.

Aspectos demográficos

- a) Población total del área. Número de habitantes de un país, territorio o área geográfica en un punto del tiempo específico.
- b) Distribución de la población por grupo de edad y sexo (pirámide poblacional), distribuida por grupos quinquenales. Número de habitantes de un lugar clasificados en hombres / mujeres o por edades en menores de un año, de 1-4 años, de 5-9 años, de 10-14 años, de 15-19 años, de 20 a 24 años, de 25-29 años, de 30-34 años, de 35-39 años, de 40-44 años, de 45-49 años, de 50-54 años, de 55-59 años, de 60-64 años, de 65-69 años, 70-74 años, 75-79 años, 80-84 años, 85 y más.
- c) Tasa de Natalidad. Razón entre el número de nacidos vivos en una población durante un año específico y la población total de ese año, usualmente multiplicada por 1000.

Daños a la salud

- o Tasa bruta de Mortalidad (TBD). Número de defunciones por cada 1000 habitantes en un año determinado.
- o Mortalidad específica

Tasa de Mortalidad por causas: Es una tasa de mortalidad que indica el número de muertes atribuibles a una causa específica por 100,000 habitantes en un determinado año.

- o Morbilidad general

Número total de casos existentes de enfermedad entre la población total en un momento determinado por 1000.

Factores de riesgo del ambiente social

- o Familia. Unidad primaria a través de los cuáles los individuos se relacionan con la sociedad. Como un ámbito de relaciones e interacciones de personas que conviven en un contexto emocional, y tienen lugar relaciones de poder y de autoridad, lo cual pueden ser beneficiosas para potencializar las acciones en salud.
 - a) Tamaño de la familia. Referente al número de personas que integran una familia.
 - b) Tipo de familia. Es la clasificación que se hace en relación con el número de personas que integran la familia y sus relaciones de parentesco. Entonces, la familia de acuerdo al espacio en el que vive puede ser:
 - Nuclear: padre, madre solos o con hijos.
 - Extensa: además de la familia nuclear incluye tíos, primos, abuelos, etc.
 - Monoparental: donde el padre o la madre viven sin pareja, con los hijos, ya sea por motivos de viudez, separación, divorcio, u otras causas.
 - Unipersonal: donde solo es una persona adulta.
 - No familiar: personas que viven juntos pero que no tienen relaciones de parentesco.
- o Educación
 - a) Población alfabeta: que sabe leer y escribir
 - b) Población analfabeta: que no sabe leer y escribir.
 - c) Escolaridad: preescolar, primaria, secundaria, otra, completa e incompleta.
 - d) Asiste actualmente a la escuela.
- o Estado civil. Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de familia y que hace referencia a la calidad de soltero (a), casado (a), unión libre, viudo (a), separado (a), divorciado(a).
- o Religión. Para efecto de este diagnóstico se tomara en cuenta la manifestada por el encuestado.
- o Vivienda. El espacio físico en el que viven las personas.
 - a) Características de la vivienda: Materiales con los que están construidas las viviendas, enfatizando:
 - Techo: concreto, lámina, u otros materiales.
 - Muros: tabique, madera, lámina u otros materiales.
 - Suelo o piso: tierra, concreto, madera, u otros materiales.
- o Servicios públicos. Conjunto de medios destinados a satisfacer las necesidades de la comunidad y que están bajo la administración del Estado. Los servicios corresponden al acceso de agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, entre otros.
- o Estilos de vida. Entendidos como el conjunto de decisiones individuales que pueden afectar a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud señala que el comportamiento influye de forma decisiva en el estado de salud de los individuos y de los

pueblos. La salud puede mejorar de forma notoria si se evitan factores de riesgo como son el consumo de alcohol, el uso de drogas, la falta de ejercicio, la dieta no balanceada, el estrés o el tabaco.

o Hábitos alimentarios. Los hábitos alimentarios de una población constituyen un factor determinante del estado de salud. Los hábitos inadecuados, por exceso o por defecto, se relacionan con numerosas enfermedades, de elevada prevalencia y mortalidad en el mundo occidental, como el cáncer, las cardiovasculares, la obesidad, la diabetes y la caries, que están relacionadas con la abundancia alimentaria, que coinciden con enfermedades carenciales, por falta de minerales y vitaminas, como la osteoporosis, el bocio, la anemia y algunos cánceres relacionados con deficiencias vitamínicas.

Para fines del presente estudio se tomará la frecuencia semanal de consumo de los siguientes grupos (según la referencia del entrevistado):

Cereales y tubérculos, leguminosas, frutas, verduras, alimentos de origen animal, leche, oleaginosas, azúcares concentrados (mermelada, cajeta, etc), dulces, golosinas, refrescos (azúcares simples), alimentos procesados, grasa de origen vegetal y animal (manteca o carne grasosa), agua simple (litros por día), consumo de sal (si acostumbra agregar sal o no a la comida una vez servida).

- o Sedentarismo: falta de actividad física.
- o Actividad física. Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que tiene como resultado un gasto energético.
- o Tabaquismo. Para efectos de este diagnóstico se evaluará el patrón de consumo.
 - No fumador. individuo que nunca en su vida a consumido cigarrillos.
 - Fumador leve: persona que consume una cantidad no superior a 5 cigarrillos en promedio por día.
 - Fumador moderado: individuo que consume una cantidad de 6 a 15 cigarrillos en promedio por día.
 - Fumador severo o dependiente: persona que consume una cantidad igual o mayor a 16 cigarrillos por día.

Así como por frecuencia

- A diario.
- Semanalmente.
- Mensualmente.
- Eventualmente.

o Alcoholismo. También conocido como el síndrome de dependencia del alcohol según la OMS, es un proceso que queda definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos que genera la incapacidad en la ingestión de alcohol una vez iniciada y la imposibilidad de abstenerse.

Para efectos de este diagnóstico se evaluará la frecuencia en su consumo.

- Una vez por semana o con mayor frecuencia.
- Una a tres veces por mes.
- Menos de una vez por mes, cuando menos una vez al año.

Factores de riesgo del ambiente económico

- o Población Económicamente Activa (PEA). Población de doce años y más que en la semana de referencia, se encontraban ocupadas o desocupadas.
- o Población Económicamente Inactiva (PEI). Total de personas de doce años y más que en la semana de referencia no realizaron alguna económica, ni buscaron trabajo.
- o Población Ocupada por Situación en el Trabajo
 - Empleados y obreros.
 - Jornaleros y peones.
 - Patrones.
 - Trabajadores por su cuenta.
 - Trabajadores familiares sin pago.
- o Nivel de ingreso según salario mínimo. Mide la percepción monetaria mensual de los ocupados en términos de salario mínimo vigente en el trimestre del levantamiento de la encuesta. Se incluye los trabajadores sin pago en el rubro "no recibe ingresos". Para mantener el mismo universo de ocupados se excluyen los iniciadores de un próximo trabajo. Para efectos de este diagnóstico se tomará en cuenta el ingreso total mensual familiar.
- o Población Ocupada según ingreso por trabajo en salario mínimo individual mensual. Considerando el de cada uno de los integrantes de la familia en Población ocupada según ingreso por trabajo en salario mínimo.
 - No recibe ingreso
 - Menos de un salario mínimo
 - De uno a dos salarios mínimos
 - Mas de 2 y menos de 3 salarios mínimos
 - De tres a cinco salarios mínimos
 - Mas de cinco salarios mínimos
 - No especificado

Recursos para la salud

- o Población con derecho a seguridad social. Tamaño de la población que tiene acceso a servicios de salud por derechohabencia, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad del año.
 - Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
 - Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
 - Petróleos Mexicanos (PEMEX).
 - Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).
 - Secretaría de Marina (SEMAR).
- o Población abierta. Segmento de la población total del país que no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social.
 - Secretaría de Salud (SESVER).
 - Instituto Mexicano del Seguro Social Oportunidades (IMSS OPORTUNIDADES).

- o Población usuaria de la unidad médica. Población que asiste de manera regular, para demandar los servicios de salud.
- o Acceso a los servicios de salud. Es la distancia que deben recorrer las personas de un área de influencia hacia cualquier unidad de primer nivel para demandar atención médica por medio habitual la cual no debe ser mayor a 60 minutos.
- o Recursos Humanos (Salud). Inventario de personal operativo vinculado al sector salud, en atención directa con el paciente: médicos, enfermería, nutrición, psicología, químicos clínicos, trabajadores sociales, odontólogos. Así como administrativos e intendencia.
- o Número de parteras tradicionales. Importante personaje comunitario que tiene reconocido ascendiente en su grupo, una líder natural que adicionalmente desempeña otras actividades que van más allá de la asistencia del parto, atendiendo problemas de su comunidad.
- o Número de unidades de primer nivel de atención. Establecimiento con personal médico y paramédico organizado, donde pacientes ambulatorios reciben atención médica, no dispone de servicios de hospitalización. Según la institución.
- o Servicios de salud que brinda la unidad médica. Medicina familiar, odontología, nutrición, enfermería, psicología, trabajo social, administrativo, estadística, auxiliares de diagnóstico.
- o Referencia a unidades médicas de hospitalización general. Unidad médica para la atención de pacientes en las ramas troncales de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y especialidades derivadas de ellas.
- o Referencia a unidades médicas de hospitalización especializada. Establecimiento reservado principalmente para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que padecen enfermedades específicas o una afección de un sistema, o bien, reservado para el diagnóstico y tratamiento de las condiciones que afectan a grupos de edades específicos.
- o Programas para la salud. Programas que oferta la unidad médica.
- o Cobertura de los programas asociados a la priorización de daños. En base a las prioridades realizadas por el equipo de salud de la unidad médica mencionaran los avances a los programas priorizados.

Tipo de estudio

Este estudio es de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo que se llevó a cabo en el área de influencia del Centro de Salud Urbano Revolución de agosto del 2005 a enero del 2006. Para el cual se obtuvo información de fuentes primarias que correspondió a la aplicación de cuestionarios por parte de los alumnos de la Maestría en Salud Pública con apoyo de alumnos de la Facultad de Medicina región Xalapa a la población seleccionada; así como de fuentes secundarias que corresponde a los documentos oficiales de la unidad médica como son el Sistema de Información en Salud (SIS), Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Estudio de Regionalización Operativa (ERO), Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), CIE-10, entre otros.

Universo de estudio

El universo de estudio se consideró a partir de la población total del área de influencia que corresponde según Estudio de Regionalización Operativa (ERO, 2003) a 52,043 habitantes, con un promedio de 10,408 familias contenidos en catorce Áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEB), que se atienden por 16 núcleos básicos en la unidad médica. Cabe señalar que dentro del área de influencia de la unidad médica los AGEB se encuentran distribuidos en 17 colonias.

Tabla 1. Conformación del área de influencia en AGEB y colonias del Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Número de AGEB.	Colonias	Cuestionarios por AGEB
029 - 1	21 de Marzo	
118 - 1	La Lagunilla	
119 - 6	Rafael Lucio	
120 - 9	21 de marzo Revolución	41
121 - 3	Sostenes M. Blanco, Revolución	40
122 - 8	Revolución	40
123 - 2	Carolino Anaya Rubén Pabello Acosta Tabasco	40
154 - 8	Los Prados José Vasconcelos	41
155 - 2	México El Moral	41
156 - 7	El Moral José Vasconcelos	41
157 - 1	Periodistas Lucas Martín	40
158 - 6	Valle de los pinos	
159 - 0	El Moral	
160 - 3	Portón colorado Campo de tiro Culturas mexicanas	41

Selección y tamaño de la muestra

Cabe señalar que se inició con la determinación del tamaño de la muestra en base a familias tomando en cuenta el número de familias en relación con el número de habitantes del área de influencia de la unidad médica que corresponde a 10,408 familias aproximadamente, lo cual permitió seleccionar la muestra de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$D = \frac{B^2}{4} = \frac{(0.05)^2}{4} = .0006 \qquad \frac{N p q}{(N-1) D + pq} = \frac{n}{}$$

$$n = \frac{10408 (.5) (.5)}{(10407) (.0006) + (.25)} = \frac{2602}{6.4942} = 400 \text{ familias por encuestar}$$

$$D = .0006 \quad B^2 = (0.05)^2 \quad P = .5 \quad q = .5 \quad N = 10,408 \text{ Familias del área de influencia.}$$

La muestra fue seleccionada a través de muestreo aleatorio por conglomerado. En este muestreo, las unidades muestrales no son simples, sino que son colectivos. Para fines de este estudio los colectivos están representados por los catorce AGEB. Cada uno de estos colectivos reciben el nombre de *conglomeraciones* y que se seleccionaron por muestreo aleatorio simple. Una vez obtenido el total de familias por encuestar se procedió a dividir ésta por el número de núcleos que a través de muestreo aleatorio se seleccionaron, para determinar así el número de familias a encuestar por AGEB.

Dentro de los criterios de inclusión para la aplicación del cuestionario se considero que las personas a encuestar fueran mayores de 18 años.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos

Para efecto de este estudio se obtuvo la información a través de dos tipos de fuentes, primarias y secundarias. Que a continuación se enlistan.

o Fuente de datos primarios. Es el documento a través del cual se obtuvo directamente la información de la población a través de la técnica de encuesta.

Para efecto de esta investigación el instrumento utilizado fue el siguiente:

Cuestionario. (anexo 5) Los pasos que se siguieron para su construcción y aplicación a continuación se describen:

- Se determinaron las preguntas en base a las variables operativas de interés seleccionadas del diagnóstico de salud estándar.
- El cuestionario está compuesto por 75 variables, divididas en seis secciones, que nos permitió facilitar la recolección de la información, y favoreció el procesamiento de ésta.
- Se realizó prueba preeliminar del cuestionario, que nos permitió validar el contenido de las preguntas, así como plantear un orden lógico en la secuencia de los temas, mejorar la técnica de registro y valorar el tiempo de aplicación.
- Se estableció como estrategia para la recolección de datos el levantamiento personal de la información, lo cual nos permitió llevar un control estricto de los cuestionarios aplicados, de la devolución y de la revisión de los mismos al término de su levantamiento para la identificación de problemas en su llenado.
- A través de la vinculación entre la Facultad de Medicina zona Xalapa y el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, se gestionaron el apoyo de recurso humano, dicho apoyo se proporciono a través de 12 alumnos del primer semestre de la carrera de medicina del grupo 106, que en conjunto con los encargados de esta investigación se procedió a la recolección de datos.

o Fuentes de datos secundarios. Son aquellos derivados de fuentes documentales (bases de datos) ya existentes. Para esta investigación se utilizaron

- o Censo poblacional.
- o Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI). Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).
- o Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED).
- o Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas de salud (CIE-10), llevada a cabo por la OMS.
- o Consejo Nacional de la Población (CONAPO).
- o Estudio de Regionalización Operativa (ERO).
- o Sistema de Información en Salud (SIS).

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Dentro de la planificación y elaboración del cuestionario empleado, se determinó el anonimato de cada una de las personas que participaron, y de sus familias para mayor libertad en sus respuestas, haciendo hincapié en que el análisis de dicha información es de gran utilidad para el conocimiento de aspectos relevantes para la salud.

El resultado de dicha investigación sólo será de la competencia del personal de salud de la unidad médica, por lo que el documento es entregado al director de la misma, para darle la utilidad a la información que determine éste.

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Para fines de esta investigación el estudio de las variables fue por frecuencias, manejando la información de manera proporcional, que nos permitió estudiar el resultado de la información.

Programas utilizados para análisis de datos. Para efectos de esta investigación se llevó a cabo la captura de la base de datos en Microsoft Excel, el procesamiento de la información y con los software Epi Info versión 3.2 y Epidat versión 2006, se utilizó además Paint Shop Pro, Microsoft Word, Power point.

RESULTADOS

Antecedentes

- o Diagnósticos de salud elaborados previamente en la unidad médica.

El centro de salud urbano Revolución cuenta con dos diagnósticos de salud que se realizaron:

- El primero en el año 2002, basado en el levantamiento de cédulas de micro diagnóstico como fuente de datos primaria del año 2000 dentro de las actividades del Programa de Cobertura Universal en salud, así como en fuentes de datos secundarios obtenidas del CONAPO, INEGI, ERO, SEED, SUIVE, SIS, entre otras fuentes.
- El último actualizado en el año 2004, que se basó en la proyección de la información, en base a fuentes de datos secundarios obtenidas del CONAPO, INEGI, ERO, SEED, SUIVE, SIS, entre otras fuentes.

Aspectos geográficos

Es importante señalar que el área de influencia del centro de salud urbano Revolución se encuentra ubicada en el municipio de Xalapa, Veracruz. De manera muy breve a continuación se hace una reseña de este municipio.

El municipio de Xalapa se encuentra localizado entre las coordenadas siguientes: del meridiano Latitud: 19° 32' 24" - Longitud: 96° 55' 39". Su altitud promedio es de 1427 metros sobre el nivel del mar. Situada en la faldas del cerro de Macuiltépetl y las estribaciones orientales del Cofre de Perote, en la zona de transición entre la Sierra Madre Oriental y la planicie costera del Golfo de México.

Tiene una superficie de 118.45 kilómetros cuadrados, lo cual representa el 0.16 por ciento del total del Estado de Veracruz. Colinda al norte con los municipios de Banderilla y Jilotepec, al sur con Emiliano Zapata

y Coatepec, al este con Actopan, al oeste con Tlanelhuayocan, al noreste con Naolinco y al noroeste con Acajete.

En cuanto ríos de importancia para el área de influencia estudiada es el Río Sedeño que se encuentra en la parte norte del municipio de Xalapa, y colinda con el municipio de Banderilla.

o Limites del área a estudiar

El área de influencia del Centro de Salud Urbano Revolución se encuentra al noroeste del municipio de Xalapa, colindando por el norte con el Río Sedeño y el municipio de Banderilla, por el oeste su límite se encuentra en la calle Fray Andrés de Olmos de la colonia Rafael Lucio, por el sur-este con la calle camino antiguo a Naolinco de la colonia Campo de Tiro, y por el este con la calle Cuauhtémoc de la colonia 21 de marzo. El área antes mencionada está dividida en catorce Áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEB). Atendiendo a la población correspondiente a 17 colonias.

Factores demográficos

La edad y el sexo tienen una evidente relación con todos los fenómenos demográficos y de salud, por lo que el estudio de la estructura por edad de una población constituye un elemento básico de la demografía. Muchos factores sociales están influidos, entre otros factores, por la estructura etárea de la población.

La población total del área de influencia del Centro de salud Urbano Revolución es de 52,043 habitantes, la muestra seleccionada corresponde a 1,774 habitantes. A continuación se presenta la distribución de la población estudiada por edad y sexo por grupos quinquenales, en primera instancia por su distribución porcentual, y como está representada esta misma población en la pirámide de población.

*Tabla 2. Población por edad y sexo, por grupos quinquenales
Centro de Salud Urbano Revolución, 2005*

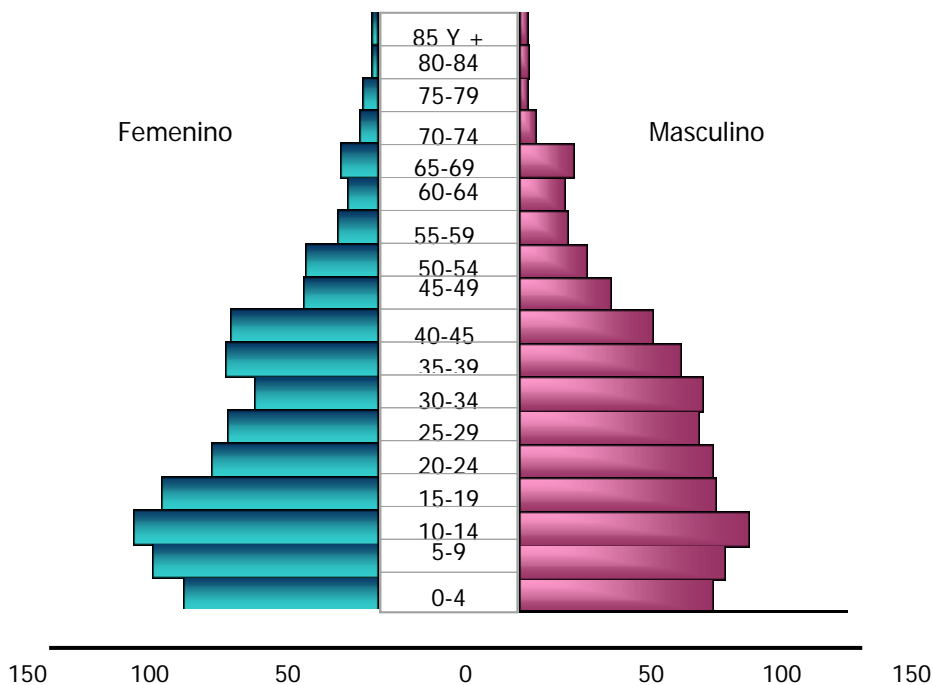
GRUPOS ETAREOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Total	%	Total	%	Total	%
0-4	88	4.96	88	4.96	176	9.92
5-9	93	5.24	102	5.75	195	10.99
10-14	104	5.86	111	6.26	215	12.12
15-19	89	5.02	98	5.52	187	10.54
20-24	88	4.96	75	4.23	163	9.19
25-29	81	4.57	68	3.38	149	8.40
30-34	83	4.68	55	3.10	138	7.78
35-39	73	4.11	69	3.89	142	8.00
40-44	60	3.38	66	3.72	126	7.10
45-49	41	2.31	33	1.86	74	4.17
50-54	30	1.69	32	1.80	62	3.49
55-59	22	1.24	18	1.01	40	2.25
60-64	20	1.13	13	1.73	33	1.86
65-69	24	1.35	16	0.90	40	2.25
70-74	7	0.39	7	0.39	14	0.79

75-79	3	0.17	6	0.34	9	0.51
80-84	4	0.23	2	0.11	6	0.34
85 y más	3	0.17	2	0.11	5	0.28
Total	913	51.47	861	48.53	1774	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Pirámide de población

Gráfico 1. Distribución de la población por edad y sexo, por grupos quinquenales Centro de Salud Urbano Revolución, 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

A continuación se describe de acuerdo a lo encontrado en cuanto a la distribución de la población algunos indicadores demográficos de relevancia.

Edad media: 26 años.

Edad mediana: 23 años.

Índice de envejecimiento: Por cada adulto mayor hay doce niños menores de quince años.

Población dependiente: el 26 por ciento de la población encuestada depende económicamente.

Índice de Friz: Representa la proporción de la población en el grupo de cero -nueve años en relación a la de 30-49 años, tomando como base 100. Por lo que lo que este índice es igual a 161.04, lo cual significa que la población se considera joven.

Índice de Sundbarg. Tomando como base la población de 15-49 años, se compara gráficamente los porcentajes que, en relación con este grupo (=100), significan los grupos de 0-14 años y de mayores de 50 años. Por lo que el porcentaje obtenido es de 59.9 – 21.3 lo cual significa que la población es de carácter progresivo.

Daños a la salud

Morbilidad

Definida como el número de casos en un tiempo, espacio o población expuesta dado. A continuación se presentan cuadros comparativos del año 2000 al 2004 de lo encontrado de la morbilidad desde el nivel nacional, estatal y local, que nos permitió priorizar las enfermedades de mayor incidencia e importancia dentro de la unidad médica.

Tabla 3. Diez principales causas de enfermedad nacional del 2000 al 2002

No.	CAUSA	2000		CAUSA	2001		CAUSA	2002	
		Total	Tasa*		Total	Tasa*		Total	Tasa*
1	Infección Respiratoria Aguda	29,318,354	29441.34	Infección Respiratoria. Aguda	28,259,646	27980.49	Infección Respiratoria. Aguda	29560794	28874.27
2	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	5,184,776	5206.53	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	5,336,033	5283.32	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	5374980	5250.15
3	Inf. de Vías Urinarias	2,956,492	2968.89	Inf. de Vías Urinarias	3,272,814	3240.44	Inf. de Vías Urinarias	3353912	3276.02
4	Amibiasis intestinal	1,348,718	1354.38	Úlceras, gastritis y duodenitis	1407396	1393.49	Úlceras, gastritis y duodenitis	1447260	1413.65
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,280,268	1285.64	Amibiasis intestinal	1250186	1237.84	Amibiasis intestinal	1151507	1124.76
6	Otras helmintiasis	732,773	735.45	Otras helmintiasis	652936	646.49	Otitis media aguda	710416	693.92
7	Otitis media aguda	613,186	615.76	Otitis media aguda	649579	643.16	Otras helmintiasis	594412	580.61
8	Hipertensión Arterial	400,693	402.37	Hipertensión Arterial	411892	407.82	Hipertensión Arterial	428730	418.77
9	Varicela	375,865	377.44	Candidiasis urogenital	329070	325.82	Candidiasis urogenital	363196	354.76
10	Ascariasis	348,049	349.51	Ascariasis	304249	301.24	Diabetes mellitus	315948	308.61
11	Otras causas	3,767,232	3470.18	Otras causas	3,957,998	2732.59	Otras causas	3,023,680	2869.13

Tabla 4. Diez principales causas de enfermedad nacional del 2003 al 2004

No,	CAUSA	2003		CAUSA	2004	
		Total	Tasa*		Total	Tasa*
1	Infección Respiratoria Aguda	27,042,259	25948.90	Infección Respiratoria. Aguda	25,896,330	24581.27
2	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	4,881,368	4684.01	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	4,778,135	4535.49
3	Inf. de Vías Urinarias	328,711	315.42	Inf. de Vías Urinarias	3,400,915	3228.21
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1335714	1281.71	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,438,778	1365.71
5	Amibiasis intestinal	1013535	972.56	Amibiasis intestinal	834,601	792.22
6	Otitis media aguda	724906	695.60	Otitis media aguda	711,379	675.25
7	Faringitis y amigdalitis	598103	573.92	Hipertensión Arterial	558,139	529.80

8	Otras helmintiasis	546459	524.36	Otras helmintiasis	524,646	498.00
9	Hipertensión Arterial	498365	478.22	Diabetes mellitus tipo 2	404,562	384.02
10	Hipertensión Arterial	423050	405.95	Ascariasis	385,352	365.78
11	Otras causas	4014562	3852.25	Otras causas	3,503,291	3325.39

*Por 100 000 habitantes

Fuente: SS-SUIVE-1-2000, Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica /Dirección General de Epidemiología / SSA

Tabla 5. Diez principales causas de enfermedad estatal del 2000 al 2002

No.	CAUSA	2000		CAUSA	2001		CAUSA	2002	
		Total	Tasa*		Total	Tasa*		Total	Tasa*
1	Infección Respiratoria. Aguda	1599162	22496.80	Infección Respiratoria. Aguda	1518115	21206.13	Infección Respiratoria. Aguda	1524258	21153.69
2	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	265369	3733.18	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	280421	3917.12	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	271736	3771.16
3	Inf. de Vías Urinarias	173679	2443.29	Inf. de Vías Urinarias	200948	2806.99	Inf. de Vías Urinarias	197687	2743.50
4	Amibiasis intestinal	130242	1832.23	Amibiasis intestinal	129145	1803.99	Amibiasis intestinal	103569	1437.33
5	Ascariasis	86860	1221.93	Úlceras, gastritis y duodenitis	96583	1349.14	Úlceras, gastritis y duodenitis	92607	1285.20
6	Úlceras, gastritis y duodenitis	81923	1152.48	Ascariasis	79827	1115.08	Ascariasis	61524	853.83
7	Otras helmintiasis	64612	908.95	Otras helmintiasis	56931	795.25	Otras helmintiasis	47750	662.68
8	Otitis media aguda	38522	541.92	Candidiasis urogenital	41603	581.14	Candidiasis urogenital	47470	658.79
9	Candidiasis urogenital	35406	498.09	Otitis media aguda	40649	567.82	Otitis media aguda	35705	495.51
10	Tricomoniiasis urogenital	23505	330.67	Tricomoniiasis urogenital	27491	384.01	Tricomoniiasis urogenital	32910	456.73
11	Otras causas	247,119	3457.12	Otras causas	227,895	3173.29	Otras causas	217,338	3013.62

*Por 100 000 habitantes FUENTE : SS-SUIVE-1-2000, Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica /Dirección General de Epidemiología / SSA

Tabla 6. Diez principales causas de enfermedad estatal del 2003 al 2004

No.	CAUSA	2003		CAUSA	2004	
		Total	Tasa*		Total	Tasa*
1	Infección Respiratoria Aguda	1273751	17595.35	Infección Respiratoria Aguda	1296503	17848.83
2	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	244714	3380.43	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	232370	3199.02
3	Inf. De Vías Urinarias	192601	2660.55	Inf. De Vías Urinarias	206177	2838.42
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	91817	1268.34	Úlceras, gastritis y duodenitis	91843	1264.39
5	Amibiasis intestinal	79238	1094.58	Amibiasis intestinal	58774	809.14
6	Ascariasis	49303	681.06	Otras helmintiasis	45632	628.21
7	Otras helmintiasis	48596	671.30	Candidiasis urogenital	42998	591.95
8	Candidiasis urogenital	44852	619.58	Ascariasis	37538	516.78

9	Otitis media	31130	430.02	Otitis media	29984	412.79
10	Conjuntivitis	29363	405.61	Gingivitis y enf. periodontal	29824	410.58
11	Otras causas	242,002	3342.97	Otras causas	226,267	3115.00

*Por 100 000 habitantes

Fuente: SS-SUIVE-1-2000, Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica /Dirección General de Epidemiología / SSA

Tabla 7. Diez principales causas de enfermedad en el Centro de Salud Urbano Revolución del 2000 al 2002

No.	CAUSA	2000		CAUSA	2001		CAUSA	2002	
		Total	Tasa*		Total	Tasa*		Total	Tasa*
1	Infección Respiratoria Aguda	1707	365.05	Infecciones Respiratorias Agudas	1677	357.48	Infecciones Respiratorias Agudas	801	170.75
2	Ascariasis	336	71.85	Ascariasis	378	80.58	Infección de Vías Urinarias	118	25.15
3	Inf. Intest. por otros org. y las mal def.	265	56.67	Amibiasis intestinal	375	79.94	Úlceras, gastritis y duodenitis	117	24.94
4	Inf. de Vías Urinarias	194	41.49	Infección de Vías urinarias	318	67.79	Ascariasis	99	21.10
5	Desnutrición leve	174	37.21	Infecciones por otros organismos y las mal	296	63.10	Mordeduras por perro	99	21.10
6	Amibiasis intestinal	137	29.30	Candidiasis Urogenital	167	35.60	Infecciones intestinales por otros organismos	97	20.68
7	Otra helmintiasis	122	26.09	Desnutrición leve	122	26.01	Amibiasis intestinal	94	20.04
8	Úlceras, gastritis y duodenitis	86	18.39	Mordeduras por perro	122	26.01	Candidiasis urogenital	90	19.18
9	Tricomoniasis urogenital	73	15.61	Otras infecciones intestinales	115	24.51	Tricomoniasis urogenital	72	15.35
10	Otitis media aguda	60	12.83	Otras helmintiasis	115	24.51	Otitis media aguda	66	14.07
11	Otras causas		93.45	Otras causas	567	120.86	Otras causas	341	72.69

*Por 100 000 habitantes

FUENTE : SS-SUIVE-1-2000, Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica /Dirección General de Epidemiología / SSA

Tabla 8. Diez Principales causas de enfermedad en el Centro de Salud Urbano Revolución del 2003 al 2004

No.	Causa	2003		Causa	2004	
		TOTAL	TASA*		TOTAL	TASA*
1	Infecciones Respiratorias Agudas	1035	219.17	Infecciones Respiratorias Agudas	925	195.23
2	Ascariasis	226	47.86	Infección de vías urinarias	181	38.20
3	Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas	183	38.75	Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas	161	33.98

4	Infección de vías urinarias	153	32.40	Úlceras, gastritis y duodenitis	99	20.90
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	99	20.96	Ascariasis	95	20.05
6	Desnutrición leve	97	20.54	Candidiasis urogenital	92	19.42
7	Amibiasis intestinal	85	18.00	Tricomoniasis urogenital	89	18.78
8	Mordeduras por perro	77	16.31	Amibiasis intestinal	85	17.94
9	Otitis media aguda	71	15.04	Conjuntivitis	64	13.51
10	Candidiasis urogenital	50	10.59	Otitis media aguda	54	11.40
11	Otras causas	280	59.29	Otras causas	274	57.83

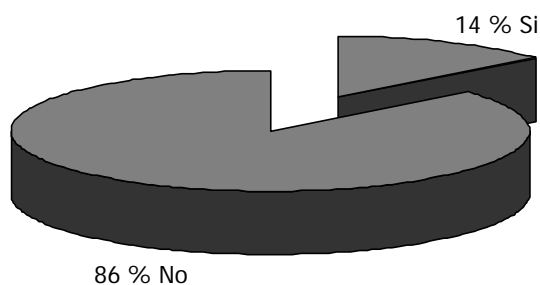
*Por 100 000 habitantes

Fuente : SS-SUIVE-1-2000, Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica /Dirección General de Epidemiología / SSA

Morbilidad sentida

Para efecto de esta investigación se midió la morbilidad sentida dada por el individuo encuestado a partir de la percepción de síntomas y molestias. Encontrando los datos siguientes. De los 1774 habitantes que conforman la muestra sólo el catorce por ciento refirió haber cursado con alguna patología en el mes próximo pasado de aplicada la encuesta.

Gráfico 2. Población que refirió padecer alguna enfermedad en el último mes Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



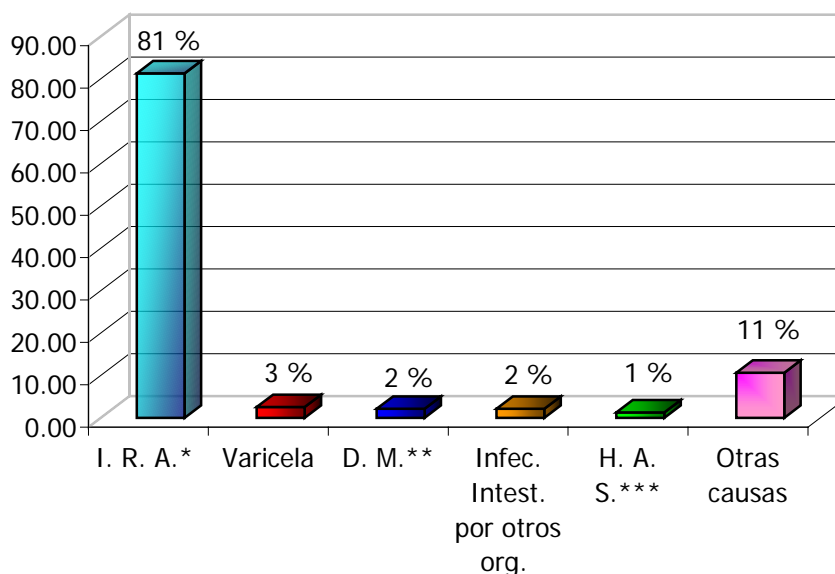
Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Tabla 9. Causas de enfermedad referida por la población encuestada Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Causa	Total	%
Infección Respiratoria Aguda	191	81.28
Varicela	6	2.55
Diabetes Mellitus	5	2.13
Infec. Intest. por otros org. y las mal definidas	5	2.13
Hipertensión Arterial	3	1.28
Otras causas	25	10.64
TOTAL	235	100.00

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfico 3. Distribución de la población por causa de enfermedad referida. Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



*I. R. A. Infección respiratoria aguda.

**D. M. Diabetes mellitus.

***H. A. S. Hipertensión arterial sistémica.

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Mortalidad

La mortalidad general es el volumen de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad, en todos los grupos de edad y para ambos sexos. A continuación se presenta la mortalidad del municipio de Xalapa para el año 2004, por sitio de residencia, misma en la que se basó la revisión en la priorización de daños.

Tabla 10. Diez principales causas de mortalidad estatal del 2004

No.	CAUSA	2004	
		Total	Tasa*
1	Enfermedades del corazón	5754	159.7
2	Tumores malignos	4591	127.4
3	Diabetes Mellitus	3867	107.3
4	Enfermedades del hígado	2842	78.9
5	Enfermedades cerebro vasculares	2013	55.9
6	Accidentes	1681	46.7
7	Influenza y neumonía	1115	30.9
8	Insuficiencia renal	1076	29.9
9	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	981	27.2
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	742	20.6
11	Otras causas	8909	

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Tabla 11. Diez principales causas de mortalidad del municipio de Xalapa del 2004

No.	CAUSA	2004	
		Total	Tasa*
1	Enfermedades del corazón	259	62.4
2	Tumores malignos	245	59
3	Diabetes Mellitus	182	43.9
4	Enfermedades del hígado	100	24.1
5	Influenza y neumonía	84	20.2
6	Accidentes	77	18.6
7	Enfermedades cerebro vasculares	75	18.1
8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	53	12.8
9	Insuficiencia renal	33	8
10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	33	8
11	Otras causas	414	

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Factores de riesgo asociados a patologías priorizadas

En este apartado se hará la presentación de los resultados tomando como referencia la agrupación de factores de riesgo. Esto sin perder de vista la relación entre los factores de riesgo asociados a las patologías priorizadas en un primer ejercicio, de acuerdo a lo encontrado en la unidad médica y las variables del modelo de diagnóstico de salud estándar utilizadas para esta investigación.

Se afirma que, aun cuando actualmente gran parte de la labor de investigación y de los recursos sanitarios van dirigidos a tratar las enfermedades más que a prevenirlas, centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención

Enfermedades Transmisibles (ET)

Las enfermedades transmisibles están conformadas por:

- Enfermedad respiratoria aguda.
- Infección de vías urinarias.
- Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.
- Enfermedades parasitarias (ascariasis, amibiasis intestinal, otras helmintiasis).

Cabe señalar que estas enfermedades comparten muchos factores de riesgo por lo que a continuación se explican de manera general y se dan a conocer los resultados obtenidos.

o Factores generales, conductuales e intermedios.

- Edad
- Vacunamiento
- Condiciones sanitarias precarias
- Tratamiento inadecuado del agua para consumo humano
- Bajo nivel educativo sobre todo en mujeres en edad fértil.
- Deficiencias nutricionales
- Ingreso económico familiar

- o Factores de contexto (comunidad)
- Cambios bruscos de temperatura
- Humedad
- Estructura de la vivienda
- Composición familiar
- Humo intra domiciliario (secundario a uso de leña y tabaquismo).
- Inadecuada eliminación de excretas.
- Presencia de fauna nociva
- Inadecuada disposición y eliminación de la basura.

Resultados obtenidos

Factores de riesgo del ambiente físico

Clima. El clima del municipio de Xalapa se caracteriza por ser húmedo y variado, con temperatura máxima de 30.2 grados centígrados y mínima de cuatro a diez grados centígrados por las mañanas. Su temperatura media anual es de 19.1 grados centígrados.

Factores de riesgo del ambiente social

Vivienda. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y /o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento; procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas.

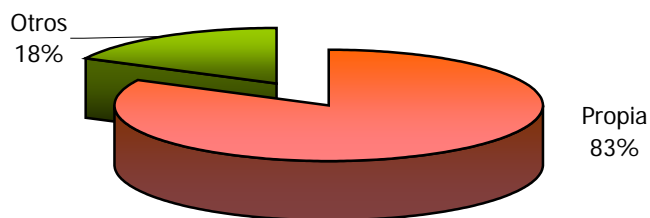
Es importante mencionar que de las 405 familias encuestadas se determinó que 82 por ciento (332 viviendas) de las familias son propietarias del bien inmueble.

*Tabla 12. Familias que cuentan con casa propia
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005*

Casa propia	Frecuencia	%
Propia	332	82.4%
Otros	73	17.6%
Total	405	100%

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

*Gráfico 4. Familias que cuentan con casa propia.
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005*



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Cabe señalar que dentro de los resultados obtenidos a través del cuestionario aplicado se pudo además conocer el porcentaje de familias que comparten la vivienda con otra familia o familias.

Tabla 13. Número de familias que comparten la misma vivienda. Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

No. De familias que comparten misma vivienda	Frecuencia	%
2	44	83.0
3	7	13.2
4	2	3.8
Total	53	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Estas familias corresponden aún trece por ciento del total de familias encuestadas. Por lo que el número de viviendas visitadas corresponde a 390, en las que se encuestaron 405 familias.

Para lograr conjuntar el conocimiento sobre las condiciones de la vivienda se construyeron índices auxiliares para agrupar varias variables de la vivienda, que son:

Vivienda adecuada. Fue construida en base a la estructura de la vivienda (techo de concreto, paredes de tabique /block y piso de cemento), espacio habitable (no hacinamiento), servicios básicos (agua entubada, electricidad, drenaje conectado a la red pública, baño de uso exclusivo para la familia, cuarto exclusivo para cocinar, tipo de combustible utilizado para cocinar).

Vivienda inadecuada. Construida con las mismas variables agrupadas antes descritas, pero que no cuentan con alguno de los elementos descritos en el apartado anterior.

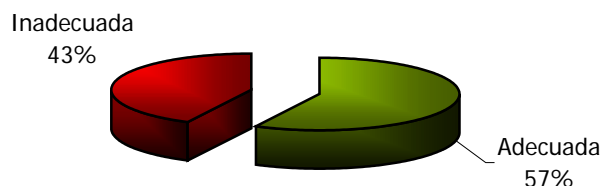
Obteniendo como resultado lo siguiente.

Tabla 14. Características de la vivienda según sus condiciones. Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Vivienda	Frecuencia	%
Adecuada	224	57.4
Inadecuada	166	42.6
Total	390	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfica 5. Características de la vivienda según condiciones Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Saneamiento del medio

Control de las condiciones sanitarias del agua para su ingesta

La población encuestada refiere en un 97 por ciento consumir agua en condiciones de tratamiento adecuado, a continuación se presenta los resultados obtenidos.

*Tabla 15. Familias de acuerdo a condiciones del agua para consumo humano
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005*

Agua consumo humano	Frecuencia	%
De garrafón	302	74.0
Hervida	60	14.8
Filtrada	25	6.2
De la llave	11	2.7
Clorada	6	1.5
Otros	1	0.2
Total	405	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Eliminación de excretas. Es importante resaltar que de lo obtenido un 83.7 por ciento de las viviendas cuentan con drenaje conectado a la red pública, y un 16.3 por ciento no cuentan con este servicio.

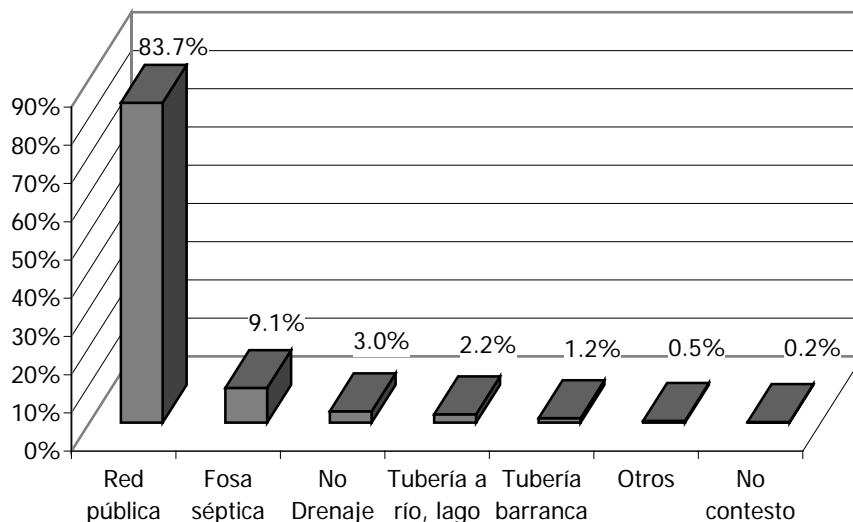
*Tabla 16. Disposición de excretas por familia
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005*

Drenaje	Frecuencia	%
Red pública	339	83.7
Fosa séptica	37	9.1
No drenaje	12	3.0
Tubería a río, lago	9	2.2
Tubería barranca	5	1.2
Otros	2	0.5
No contesto	1	0.2
Total	405	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfica 6. Disposición de excretas por familia

Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

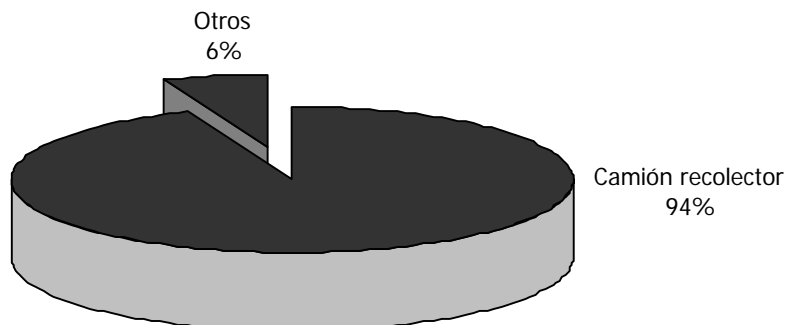
Disposición de la basura. Cabe señalar que en un 94% las familias eliminan la basura de su hogar a través del servicio de limpia pública.

Tabla 17. Disposición de la basura por familia.
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Disposición de la basura	Frecuencia	%
Camión Recolector	380	94%
Otros	25	6%
Total	405	100%

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfico 7. Disposición de la basura por familia
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP.

Fauna nociva intra domiciliaria. Cabe señalar que en esta variable las familias respondieron a más de una respuesta por lo que el porcentaje de cada rubro es en función del total de familias. Cabe señalar que sólo el 24 por ciento de las viviendas no refieren tener presencia de fauna nociva.

*Tabla 18. Fauna nociva intra domiciliaria referida por vivienda
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005*

Fauna nociva	Frecuencia	%
Cucarachas	159	39.0
Moscas y Mosquitos	125	31.0
Ninguna	97	24.0
Ratas y ratones	42	10.0
No contestó	18	4.0
Otros	2	0.5

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Familia. Recordando que la familia es la unidad primaria a través de la cual los individuos se relacionan con la sociedad, es de vital importancia considerar interacciones de personas que conviven en un contexto emocional lo cual pueden ser beneficiosas para potencializar las acciones en salud.

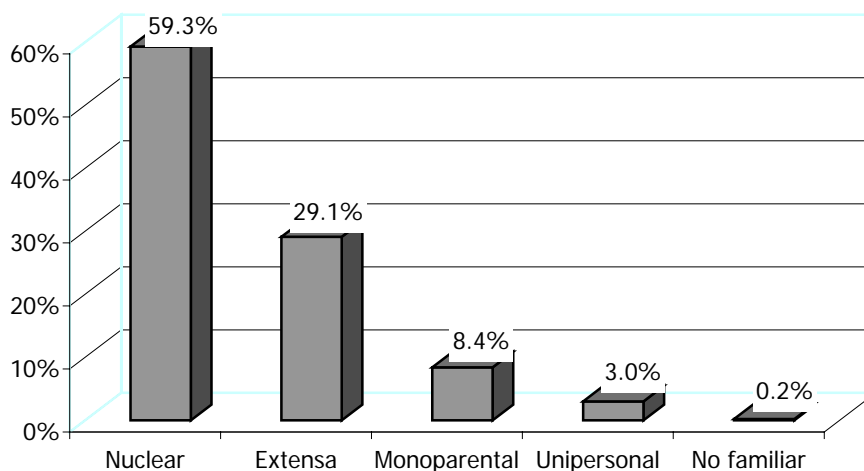
Tipo de familia. De acuerdo a los obtenidos se encuentra que el 59 por ciento de las familias es nuclear, seguida por las familias extensas que corresponden aún 29 por ciento, con solo 0.2 por ciento las no familiares..

*Tabla 19. Distribución de las familias por composición familiar
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005*

Composición	Frecuencia	%
Nuclear	240	59.3%
Extensa	118	29.1%
Monoparental	34	8.4%
Unipersonal	12	3.0%
No familiar	1	0.2%
Total	405	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfico 8. Distribución de las familias por composición familiar
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Número de integrantes por familia. De acuerdo a los datos obtenidos se encontró que el promedio de integrantes de la familia nuclear es de cuatro.

Tabla 20. Número de habitantes por vivienda.
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Número de integrantes por familia	Frecuencia	%
1	11	3
2	33	8
3	67	17
4	113	28
5	80	20
6	51	13
7	24	6
8	8	2
9	9	2
10	3	1
11	2	1
12	2	1
13	2	1
Total	405	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

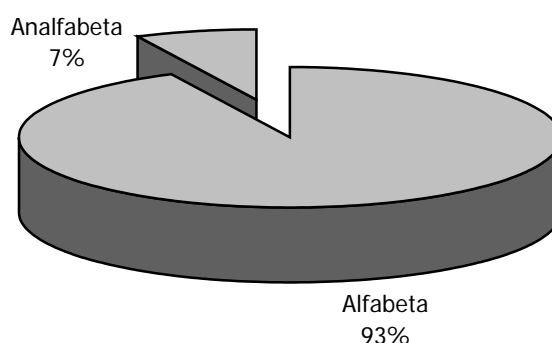
Analfabetismo. De acuerdo al índice de marginación este es una de las variables a estudiar para dicho fin; en esta variable encontramos que el siete por ciento de la población de quince años y más es analfabeta.

Tabla 21. Población de quince años y más según condición de alfabetismo Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Alfabetismo	Frecuencia	%
Alfabetada	1101	93%
Analfabeta	85	7%
Total	1186	100%

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfico 9. Población de quince años y más según condición de alfabetismo Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

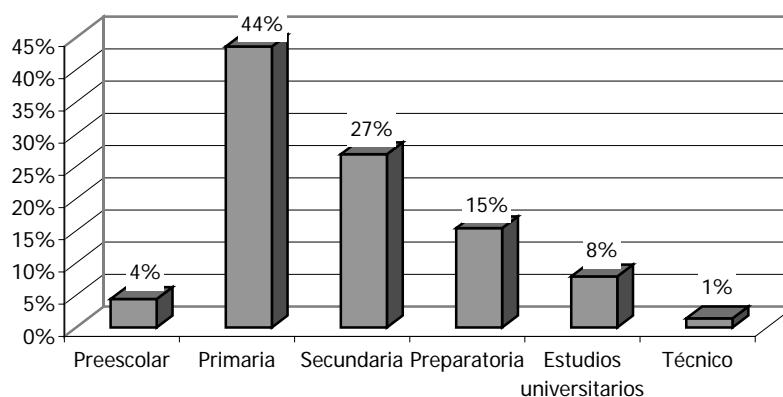


Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

De esta información se desprende que el 67 por ciento de analfabetas son mujeres (57 mujeres) y el 33 por ciento corresponde a hombres (28 hombres).

Nivel de educación. En este apartado se evalúa el último grado de estudios de la población de cinco años y más encuestada. Se presenta a continuación la distribución por proporción.

Gráfico 10. Población de cinco años y más según nivel de escolar. Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

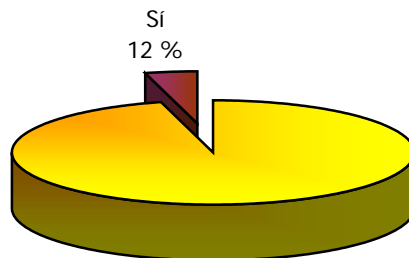


Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Proporción de la población de seis a catorce años que asiste a la escuela. Esta variable dio como resultado que el 21 por ciento de la población total corresponde al grupo de seis a catorce años de edad, con un número total de 374 habitantes de ambos sexos.

De esta población se encontró que el 88 por ciento asiste a la escuela, el doce por ciento restante ya no asiste.

Gráfico 11. Proporción de la población de seis a catorce años que asiste a la escuela Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

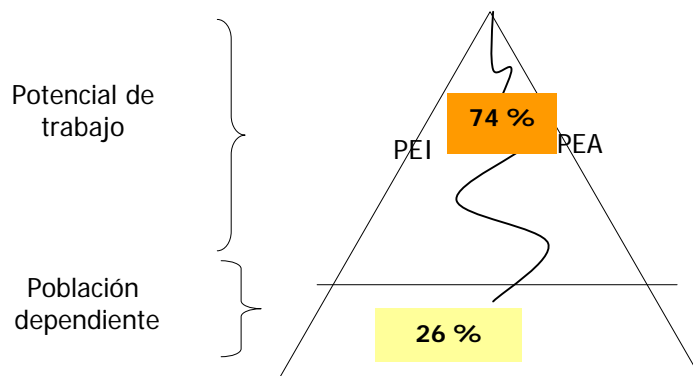


Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Factores de riesgo del ambiente económico

La población económicamente dependiente corresponde al 26 por ciento de la población y el 74 por ciento de la población de doce años y más corresponde al potencial de trabajo, lo cual no quiere decir que sean aptos físicamente para el trabajo, por lo que éste se clasifica a su vez en dos grandes grupos: la población económicamente inactiva (PEI) y la población económicamente activa (PEA).

Figura 4. Potencial de trabajo y población dependiente



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

En cuanto a la población económicamente activa a su vez se divide en dos grupos, que es en la población económicamente activa desocupada o desempleada, esta es la población que estando apta para el trabajo y deseando trabajar no logra conseguir el empleo. El segundo grupo lo constituye la población económicamente activa ocupada, se ubica a la población de doce años y más que se encuentra participando en la generación de bienes y servicios. Para efecto de este diagnóstico sólo se presenta la población económicamente ocupada por situación en el trabajo.

Tabla 22. Población Económicamente Activa (PEA) ocupada por situación en el trabajo
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Salario mínimo	Frecuencia	%
Menos de 1 salario	75	16
De 1 a menos de 2	181	39
De 2 a menos de 3	93	20
De 3 a menos de 5	80	18
De 5 y más	35	8
Total	464	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Nivel de ingreso según salario mínimo. Esta variable es muy importante ya que se utiliza para sacar el índice de marginación, sin embargo el resultado obtenido es del 55 por ciento de la población ocupada gana menos de dos salarios mínimos.

Tabla 23. Distribución porcentual del ingreso por trabajo en salario mínimo individual
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Situación en el trabajo	Frecuencia	%
Empleado	441	70.30%
Jornalero	22	3.50%
Patrón	12	1.90%
Trabaja por su cuenta	145	23.10%
No trabaja	2	0.40%
Total	627	100.00%

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Promedio de consulta mensual por enfermedades transmisibles. Es importante señalar que la unidad médica brinda atención de consulta externa, en donde se reporta un promedio mensual de 3,630 consultas de las cuales el catorce por ciento (535 consultas en promedio por mes) de este total corresponde a enfermedades transmisibles.

Enfermedades no transmisibles (ENT)

Las enfermedades no transmisibles las agrupamos por:

- Úlceras, gastritis y duodenitis.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedades del hígado.
- Hipertensión arterial.

Las enfermedades no transmisibles en promedio son la mayor causa de mortalidad, en comparación con las enfermedades transmisibles que ocupan los primeros lugares de morbilidad, cabe señalar que de manera general este tipo de padecimientos dependen más de factores de riesgo conductuales que contextuales, por lo que a continuación se exponen.

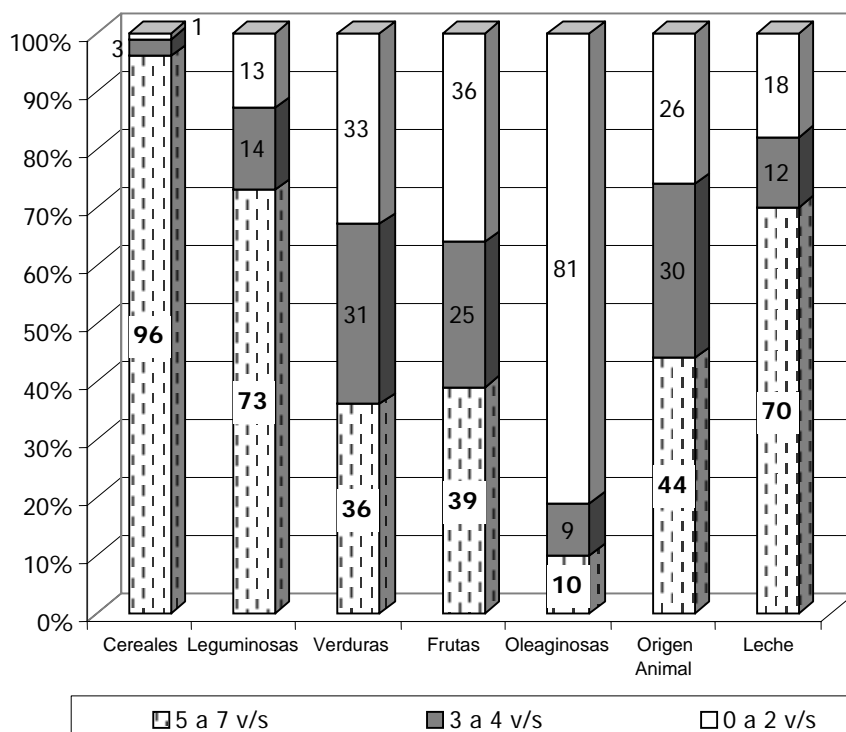
Factores personales:

- Edad.
- Sedentarismo.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Consumo de grasas de origen animal.
- Hábitos alimenticios inadecuados.

Resultados derivados de la investigación con respecto a los factores de riesgo asociados a las patologías antes mencionadas.

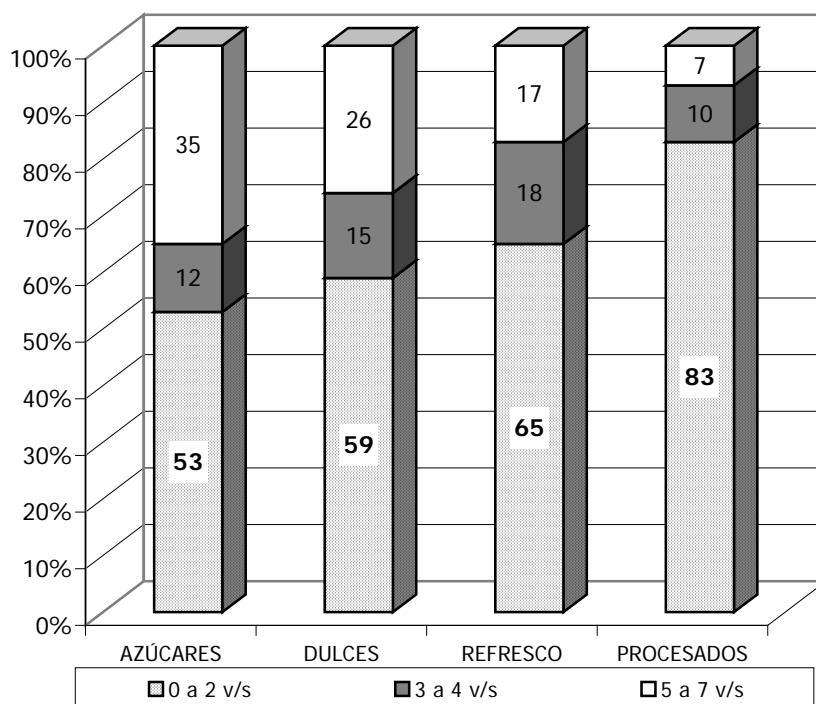
Alimentación. En cuanto los grupos de alimentos es importante señalar se hizo un análisis de frecuencias de alimentos, en donde encontramos que, si bien se consume el grupo de cereales y leguminosas, los grupos de frutas y verduras se consumen de cero a cuatro veces a la semana, dando como resultado no se utilice su factor protector.

Gráfico 12. Frecuencia semanal de consumo de grupos de alimentos por familia Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

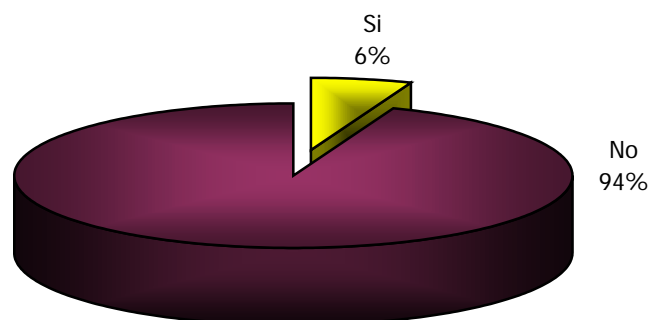
Gráfico 13. Frecuencia de consumo semanal de alimentos industrializados por familia Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

De acuerdo a la gráfica anterior el 35 por ciento de las familias consume de cinco a siete veces por semana azúcares concentrados (cajeta, mermelada, leche condensada, entre otros). Alcanzando un porcentaje de siete por ciento en el consumo de cinco a siete veces por semana los alimentos procesados (embutidos, alimentos enlatados, entre otros). Estos grupos de alimentos están íntimamente relacionados con diabetes e hipertensión arterial.

Gráfico 14. Distribución de familias por consumo de sal Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

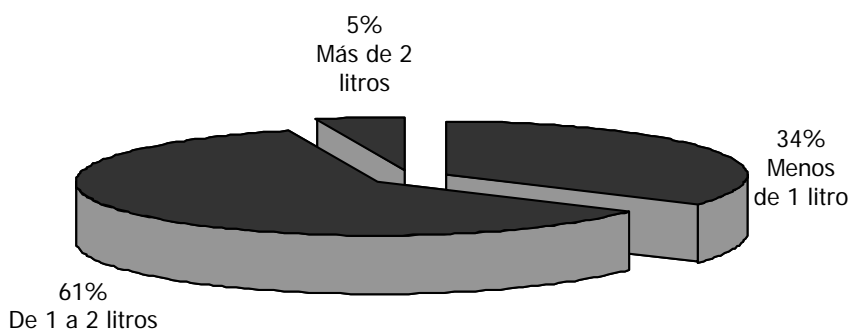


Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Encontramos que las personas que agregan sal a la comida después de servida en la mesa se encuentran representados por el seis por ciento, recordemos que el consumo excesivo de sal representa un factor de riesgo para hipertensión arterial.

En cuanto al consumo de agua tenemos que quienes no la consumen en cantidad suficiente sufren el riesgo de infecciones recurrentes de vías urinarias, recomendándose como mínimo la toma diaria de ocho vasos que equivalen a dos litros de agua. Encontrando que sólo el cinco por ciento de la población encuestada consume más de dos litros de agua, considerándose adecuada.

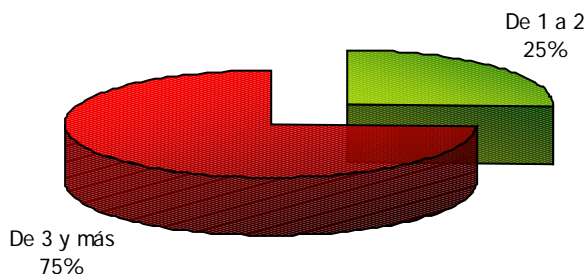
Gráfico 15. Consumo de agua por persona en litros. Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Número de comidas al día por familia. Este indicador nos permite conocer parte de hábitos alimentarios inadecuados. Encontrando que el 25 por ciento sólo consume alimentos de una a dos veces al día.

Gráfica 16. Número de comidas al día por familia Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

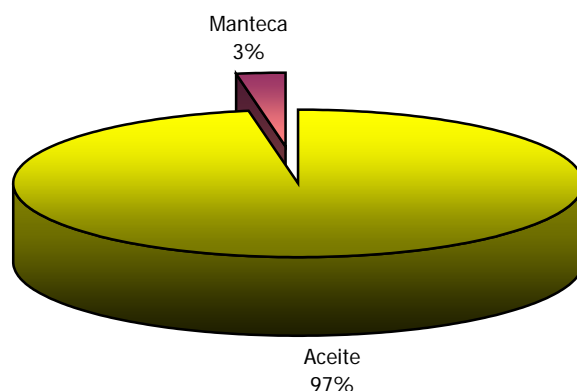


Fuente: Cue

Diciembre 2005.

Tipo de grasa utilizada para cocinar. El consumo de grasas de origen animal (manteca), sólo fue reportado en el tres por ciento de las familias encuestadas, y que es un factor de riesgo asociado a enfermedades coronarias.

Gráfico 17. Familias según tipo de grasa utilizado para cocinar
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

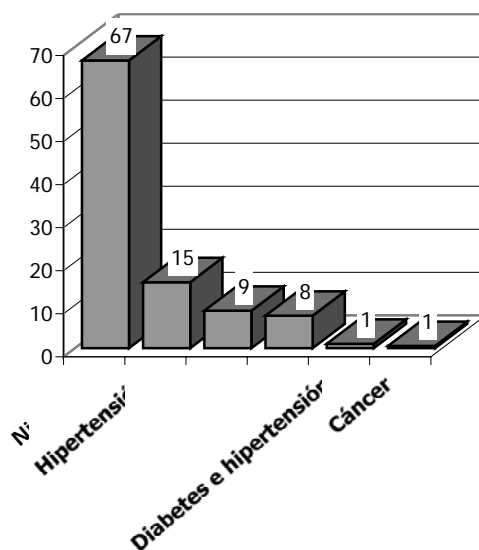


Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Enfermedades crónico degenerativas.

Para efecto de esta investigación se investigó la prevalencia de la enfermedad de diabetes mellitus y la hipertensión entre la población encuestada, así como cáncer, y tuberculosis pulmonar, encontrando que el 67 por ciento de la población negó cursar con una enfermedad crónico degenerativa; de lo cual se obtuvo que los casos de hipertensión fueron más frecuentes en un quince por ciento, que la diabetes que la refirieron sólo en un nueve por ciento que fue lo más representativo.

Gráfica 18. Incidencia de enfermedades crónico degenerativas en la población estudiada.
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Cabe señalar que las enfermedades crónico degenerativas dentro de la demanda de consulta en la unidad médica es de 209 consultas promedio mensual, que corresponden al 5.75 por ciento del total de consultas

otorgadas. Además de realizar detecciones de diabetes e hipertensión con un promedio de detecciones para diabetes positivas es de 126 en total, y de 33 positivas en promedio en la hipertensión arterial. Es importante apuntar que en las detecciones por diabetes entre el 85 y 90 por ciento de acuerdo a los documentos revisados corresponde a mujeres. En el caso de diabetes se presenta la misma proporción. A pesar de observar cifras tan altas de detecciones positivas, sólo se ingresan en promedio al mes tres pacientes a control para el caso de diabetes mellitus y sólo un paciente por mes de hipertensión en promedio. El número de pacientes en tratamiento adscritos a la unidad es de 179 diabéticos en el último registro de la unidad, y 91 hipertensos, con una proporción de 2:1 con respecto a diabetes mellitus tipo 2.

La unidad médica además cuenta con grupo de ayuda mutua para pacientes diabéticos e hipertensos.

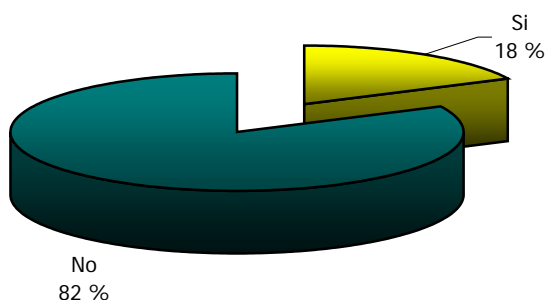
Población de quince años y más que realiza actividad física. De los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario se obtuvo lo siguiente. El 17.85 por ciento de la población de quince años y más realiza alguna actividad física, de donde se desprende

*Tabla 24. Población de quince años y más que realiza actividad física
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005*

Actividad física	Frecuencia	%
Sí	212	17.85
No	976	82.15
Total	1188	100.00

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

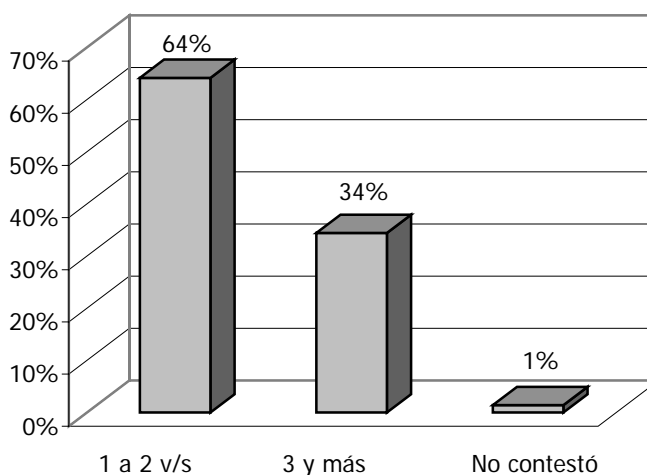
*Gráfica 19. Población de quince años y más que realiza actividad física
Centro de Salud Urbano Revolución. 2005*



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Cabe señalar que en cuanto la frecuencia del 18 por ciento de la población que realiza alguna actividad física, el 64 por ciento realiza actividad sólo una vez por semana, y solo el 34 por ciento realiza actividad física de tres días en adelante.

Gráfica 20. Población que realiza actividad física de acuerdo a frecuencia a la semana Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

De esta se desprende el interés de revisar si los que realizan actividad física más de tres veces a la semana cumplen con el tiempo promedio de ejercicio, encontrando que el tiempo promedio es de 90 minutos, sin embargo el rango va desde 30 minutos mínimo y 180 minutos máximo.

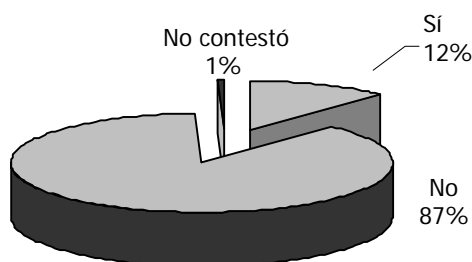
Alcoholismo. De la población de quince años y más sólo se encontró que el doce por ciento consume bebidas alcohólicas, de los cuales solo el 18 por ciento es consumidor frecuente de alcohol.

Tabla 25. Población que consume alcohol de quince años y más Centro de Salud Revolución. 2005

Alcohol	Frecuencia	%
Sí	162	12
No	1017	87
No contestó	9	1
Total	1188	100

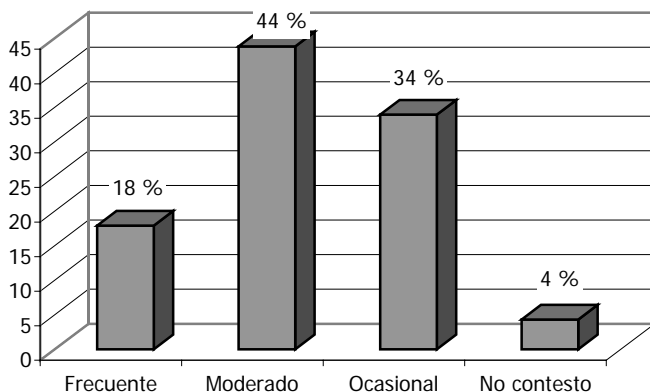
Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfica 21. Población que consume alcohol de quince años y más Centro de Salud Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfica 22. Población que consume alcohol de quince años y más según patrón de Consumo. Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

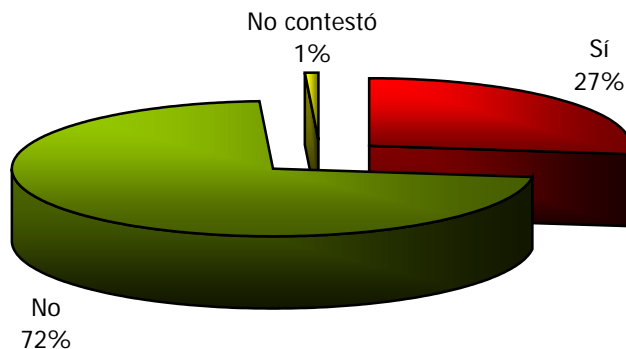
Tabaquismo. En cuanto a este factor tan importante de riesgo encontramos que el 27 por ciento de la población de quince años y más sí consume tabaco contra un 72 por ciento de la población que no lo hace.

TABLA 26. Población de quince años y más que consume tabaco Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Tabaco	Frecuencia	%
Sí	183	27
No	1002	72
No contesto	3	1
Total	1188	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Gráfica 23. Población de quince años y más que consume tabaco Centro de Salud Urbano Revolución. 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

De este 27 por ciento que si consume tabaco, el 44 por ciento fuma diariamente consumiendo en promedio de cinco a catorce cigarrillos diarios.

Tabla 27. Población de quince años y más que consume tabaco según frecuencia de consumo. Centro de Salud de Veracruz. 2005

Frecuencia	Frecuencia	%
A diario	53	44
Semanalmente	20	17
Mensualmente	13	11
Eventualmente	33	27
No contesto	2	2
Total	121	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Recursos para la salud

Población con derecho a seguridad social

Un porcentaje del 38 por ciento de la población cuenta con derecho a seguridad social. La institución con mayor representación fue el Seguro Social (30 por ciento). Vale la pena hacer notar que a pesar de contar con el derecho a la seguridad social, una porción de ésta, acuden al centro de salud, esto es del 100% de la población que tiene derecho a seguridad social, el 48 por ciento demanda servicio en el centro de salud.

Tabla 28. Población que cuenta con seguridad social según institución Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Institución	Frecuencia	%
IMSS	123	81
ISSSTE	24	16
PEMEX	3	2
SEDENA	2	1
Total	152	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Tabla 29. Población derechohabiente que solicita atención en el Centro de Salud Urbano Revolución, según institución de derechohabencia. 2005

Institución	Frecuencia	%
IMSS	57	78
ISSSTE	11	15
PEMEX	3	4
SEDENA	2	3
Total	73	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Población abierta. Segmento de la población total del país que no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social.

- Secretaría de Salud (SESVER).
- Instituto Mexicano del Seguro Social Oportunidades (IMSS OPORTUNIDADES).

Población usuaria de la unidad médica. Es importante señalar que el 62 por ciento de las familias refiere acudir a recibir atención al Centro de Salud Revolución.

Tabla 30. Familias que demandan atención en el Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Acude	Frecuencia	%
Sí	251	62
No	151	37
No contestó	3	1
Total	405	100

Fuente: Cuestionarios aplicados por alumnos de la Facultad de Medicina y alumnos ISP. Diciembre 2005.

Número de Núcleos básicos. La unidad cuenta con quince núcleos básicos, incompletos ya que existen 20 médicos y 17 enfermeras insuficientes para cubrir las necesidades de la unidad médica.

Recursos humanos	Número
Médicos	20
Enfermeras	17
Promotores	2
Odontólogos	2
Psicólogo	1
Nutriólogo	1
Administrativos	7
Intendencia	2
Total	52

Acceso a los servicios de salud

El tiempo promedio de traslado al centro de salud es de 25 minutos, lo cual significa que es accesible a un 98 por ciento de la población, Los medios habituales de transporte es en autobús o caminando.

Recursos Humanos (Salud). A continuación se presenta el personal que labora en el Centro de Salud Urbano Revolución.

Número de parteras tradicionales. La unidad cuenta con doce parteras tradicionales capacitadas, esto según registro en la unidad.

Servicios de salud que brinda la unidad médica.

- Medicina familiar.
- Medicina preventiva.
- Odontología.
- Nutrición.
- Psicología.
- Farmacia.

Unidades médicas de referencia.

- Hospital Civil Luis F. Nachón
- Centro de Especialidades Medicas Dr. Rafael Lucio

Programas para la salud

Paquete básico de servicios de salud. Es el conjunto de intervenciones y servicios de salud que se brindan a través de los puestos y centros de salud.

- Saneamiento básico a nivel familiar
- Planificación familiar
- Atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido
- Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil
- Inmunizaciones
- Manejo de los casos de diarrea en el hogar
- Tratamiento antiparasitario a las familias
- Manejo de infecciones respiratorias agudas
- Prevención y control de la tuberculosis pulmonar
- Prevención y control de la hipertensión y diabetes mellitus
- 11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
- 12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud
- 13. Prevención y detección del cáncer cervicouterino
- 14. Salud bucal
- 15. Prevención y control de enfermedades transmitidas por vector
- 16. Prevención y control del cólera

DISCUSIÓN

Es importante recalcar la importancia que tiene el diagnóstico de salud como instrumento básico para la toma de decisiones oportunas y adecuadas, permitiendo este la priorización de los daños a la salud una vez que se reconocen las patologías de mayor incidencia y prevalencia dentro del área de influencia de la unidad médica.

El 41 por ciento de la población total corresponde a la población de cero a 19 años por lo que esta población se considera joven, y de carácter progresivo.

Se afirma que, aún cuando actualmente gran parte de la labor de investigación y de los recursos sanitarios van dirigidos a tratar las enfermedades más que a prevenirlas, centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención. Es importante señalar que en la medida que se reconozca los factores de riesgo asociados a las patologías con mayor incidencia y prevalencia dentro del área de influencia, es lo que va a determinar cambios en materia de salud. Las estrategias orientadas a la población entera se proponen lograr que el comportamiento saludable sea la norma, reduciéndose así los riesgos para todos sus miembros.

Las infecciones transmisibles se mantienen como un grupo importante de afecciones con un alta morbilidad, en donde se reconoce que dentro de los factores de riesgo encontrados en esta investigación están estrechamente ligados el factor clima con respecto a infecciones respiratorias, secundario a cambios bruscos de temperatura; presencia de viviendas según el indicador construido inadecuadas que en total suman un 43 por ciento.

Tomando en consideración el analfabetismo existente en la población estudiada que es de un siete por ciento, es importante señalar que para fortalecer las mejoras en materia de salud en la población se requiere aumentar el nivel de alfabetismo y el nivel de educación de la población total. Sin embargo esto no depende de la unidad médica, en este caso sólo cumpliría la función de identificar la población de riesgo y dar a conocer la información a la institución correspondiente.

Aunque el 97 por ciento del agua de garrafón es referida por las familias como el agua más utilizada para consumo humano, sería interesante saber cuál es la calidad en el tratamiento que recibe el agua, ya que a

pesar de lo antes señalado las enfermedades parasitarias siguen encontrándose dentro de los primeros lugares de incidencia.

El 16 por ciento de la población no cuenta con servicio de drenaje conectado a la red pública, lo que se considera un factor de riesgo para las enfermedades transmisibles intestinales y parasitarias.

Si bien es cierto el camión recolector es quien se encarga en un 94 por ciento es importante mencionar que el servicio en algunas colonias se recolecta la basura cada tercer día, sin embargo es importante señalar que en las colonias que se encuentran en la periferia del área de influencia de la unidad médica pasa cada quince días, por lo que se vuelve un riesgo potencial para fungir como reservorio de fauna nociva, y la consecuente presencia de enfermedades transmisibles.

Es importante señalar que el doce por ciento de la población de seis a catorce años no asiste a la escuela, y que según las leyes es de obligatoriedad, lo que da como consecuencia un bajo nivel de escolaridad, y esto disminuye la posibilidad del individuo a articularse de manera adecuada con el sistema económico.

De acuerdo al ingreso por salario mínimo individual el mayor porcentaje de las familias se encuentra ubicado en el de menor de dos salarios mínimos lo cual se traduce a que con este ingreso logran cubrir las necesidades básicas. Considerando que esta mayoría corresponde al categoría de empleados.

La correcta alimentación y el abandono de ciertos hábitos pueden disminuir el riesgo de enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población; la actividad física regular es otro factor de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El consumo de alcohol y tabaquismo son patologías que no sólo afectan al individuo sino también a su entorno. La promoción de estilos de vida saludable juegan un papel determinante en este tipo de enfermedades, sin embargo es en este punto en el que es más difícil de incidir por parte de los servicios de salud.

Es importante señalar que esta unidad médica tiene un porcentaje alto de demanda de servicios por población que cuenta con seguridad social, que va a dar como consecuencia el gasto del recurso destinado para la población abierta.

Es importante señalar que de la población abierta encuestada hay un buen porcentaje que demanda los servicios de salud de la unidad médica.

El personal operativo de la unidad es insuficiente para cubrir las necesidades que en base a lo establecido debe existir un médico y dos enfermeras por núcleo básico, sin embargo en la unidad sólo se cuenta con 17 enfermeras para cubrir las necesidades de los núcleos básicos y del programa de vacunación universal, así mismo el número de promotores en salud es insuficiente para cubrir las necesidades de quince núcleos básico, tomando en consideración que debe existir un promotor por cada tres núcleos básicos.

RECOMENDACIONES

Llevar a cabo la actualización del diagnóstico de salud de manera anual, sugiriendo utilizar la metodología seguida en este estudio.

Involucrar al personal operativo de la unidad médica en la participación de la elaboración del diagnóstico de salud, para en conjunto con las diferentes disciplinas del personal poder lograr identificar los factores de

riesgo asociados a las patologías de mayor incidencia y prevalencia en el área de influencia de la unidad médica.

Se sugiere la promoción de los diferentes programas en salud relacionados a incidir en los hábitos alimentarios, actividad física, así como para la prevención de las adicciones relacionadas a el alcoholismo y tabaquismo, así como a las enfermedades crónico degenerativas, dirigidos a la población de seis a 19 años, previendo el impacto en este grupo de manera progresiva.

La unidad médica puede fungir como gestor en programas en pro del alfabetismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Alva, R. (2002) Salud Pública y Medicina Preventiva 3ª. ed. Editorial El Manual Moderno. México. pp.96-98.
2. Baró, Luis et al., (2002) Guía práctica sobre hábitos de alimentación y salud. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria e Instituto Omega 3 de Puleva Food. España.
3. Cuaderno Estadístico Municipal. Edición 2001.
4. Encuesta Nacional de Empleo. 2004. pp.162. Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática. México.
5. Ladrón de Guevara, E. (1999). Diagnóstico local en salud. Tomo 4. Diplomado municipio y salud. México. Instituto de Salud Pública Universidad Veracruzana.
6. Manual de Sociología.(2000) Organización de la Sociedad. pp. 481-483.
7. Madrigal, Herlinda, Martínez, Homero e Iva Marques-Lopes. (2002) Valoración de la Ingesta Dietética en Alimentación y Salud Pública. Mc. Graw Hill e Interamericana. España. Cap. 5 pp.39-51
8. San Martín, Hernán. (1992). Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Tomo I. La Prensa Médica Mexicana, México. pp. 313-334
9. San Martín, Hernán. (1992). Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Tomo II. La Prensa Médica Mexicana, México. pp. 295-304
10. UNAM. Población: Reto del Tercer Milenio. Coordinación de Recursos Humanos. Editorial Porrúa. pp. 200-206.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL UNIVERSITARIO, FACULTAD DE ESTADÍSTICA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA, 2005

Perla Madahi Calderón Rodríguez, María Luisa Sánchez Murrieta, José Antonio Montiel Domínguez

INTRODUCCIÓN

Durante el ejercicio de construcción del diagnóstico del diagnóstico en el Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario (CENATI), se nos dio a la tarea de realizar una investigación para conjuntar la información que permitiera determinar y referenciar mediante un documento o documentos las condiciones de salud actuales del estudiante universitario, lo anterior dio como resultado la existencia de datos aislados sobre la mortalidad, morbilidad, estilos de vida, aspectos económicos, y factores de riesgo entre otros que pudieran afectar a la salud del estudiante, ya que se elabora un examen de salud integral por parte de la Universidad Veracruzana a los estudiantes de nuevo ingreso; dicha información no se encuentra analizada y aunque es parte de un examen integral, la información obtenida está en resguardo de cada facultad que participa en dicho examen y del CENATI por la parte que corresponde al análisis de comportamientos de riesgo.

Por lo anterior se decidió elaborar un instrumento diagnóstico que pueda rescatar los aspectos más importantes que tengan relación con la salud del estudiante, y a su vez permita de manera concreta hacer un análisis constante de la población estudiantil, pues por las características de ser una población con mucha movilidad dificulta un análisis de sus condiciones de manera constante.

La comunidad universitaria es un ámbito sumamente adecuado para llevar a cabo acciones dirigidas a desarrollar y fortalecer la prevención y la promoción de la salud, es un escenario de alto potencial para el impulso y desarrollo de actitudes crítico reflexivas, frente a prácticas y factores de riesgo (OMS-OPS 1996), la edad promedio de esta etapa va de los 17 a 23 años, lo cual nos sitúa en el término de la adolescencia y el inicio de la edad adulta joven, he aquí que este periodo es la culminación de la formación de hábitos y costumbres para la salud, esto nos hace proponer el análisis de la situación de salud en tres marcos referenciales que de manera ineludible determinan las conductas y la salud del estudiante en este periodo de su vida.

En este marco la propuesta para la elaboración de un análisis de la situación de salud de la población estudiantil universitaria, tiene como propósito encontrar los factores y comportamientos de riesgo para la salud, así como conocer las condiciones de salud en las que viven los universitarios; y con ello tener un antecedente que permita un análisis e intervención oportuna tanto de las autoridades universitarias, así como de los propios estudiantes, a través de acciones en favor de la salud.

Con tal fin se propuso el abordaje desde tres ámbitos específicos de la vida del estudiante como son, su entorno familiar de origen, ya que la familia es una unidad social, la más importante para el hombre, y es considerada un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto (Gartley, 1982), sus condiciones actuales de vida y su entorno estudiantil, partiendo de que el grupo es la parte del medio social en el que transcurre la vida del hombre, incide en gran modo en su vida, en su conducta, en su personalidad, etc.

Lo descrito se desarrollará de forma complementaria a un diagnóstico elaborado por un comité de salud de la facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, cuyo objetivo es la búsqueda de factores y comportamientos de riesgo en la población estudiantil, intentando que su labor se base en el antecedente

de que para resolver problemas de alcance comunitario se precisa que su identificación y estrategia de abordaje sea generada por la propia comunidad. El diagnóstico de salud elaborado por el comité de la facultad de estadística, es coordinado por la dirección del CENATI y obedece a un proyecto titulado Universidad por la salud: una propuesta de prevención y promoción de la salud con participación estudiantil. Con dicho proyecto, se pretende que la comunidad estudiantil considere la solución de un problema haciendo conciencia plena de la influencia de los fenómenos (causales), en la aparición de determinado daño o que haya aprendido a identificar a éste último como tal.

Es importante señalar que al realizar el análisis de la situación de salud se deben detectar las necesidades sentidas (entendiéndose a ésta como la que el individuo o grupo quiere) en relación con la situación de salud de la población y, que éstas incluyan necesidades de aprendizaje, ya que son parte de un mismo proceso (Sansó-Soberats F J., 2003).

La identificación de necesidades de aprendizaje responde a dos planos diferentes, los cuales son complementarios: un primer plano, determinado por las necesidades objetivas y subjetivas de la salud de la población. Un segundo plano: condicionado por la determinación de los requerimientos de educación de la fuerza de trabajo (Cruza- Acosta A Donato-Pérez A., 1996).

El análisis de los resultados se realizará a través de la técnica de grupos focales, atendiendo a los principales problemas detectados, mismos que serán abordados por miembros de la misma comunidad, quienes a su vez plantearán estrategias de intervención. Se pretende a través de esta metodología involucrar a la comunidad de manera que adquiera un mayor compromiso en la modificación positiva de su situación en salud.

La intención es que los resultados arrojados por este ejercicio proporcionen los elementos necesarios para la intervención en materia de prevención y cuidado de la salud de los universitarios, así como dar la oportunidad de generalizarlo a todas las facultades de la Universidad Veracruzana y con ello, tener el acceso a un panorama de las condiciones generales de salud del estudiante universitario, con lo que se podrían priorizar sus necesidades en salud y diseñar estrategias de atención básicas.

Dicho trabajo será puesto a consideración de las autoridades de la facultad de estadística con el fin de que perciban la situación de salud de los estudiantes, desde la comunidad misma, y a su vez, se difunda a otros sectores dentro de la Universidad Veracruzana.

En razón de lo anterior se presenta la propuesta que considera los siguientes componentes que son retomados del diagnóstico ideal creado por los alumnos de la Maestría en Salud Pública 2005, mismos que serán aplicados de acuerdo al ámbito que corresponda con el objetivo de tener un análisis integral de las condiciones actuales de salud de los estudiantes.

MARCO TEÓRICO

De acuerdo a Rafael Álvarez Alva (2002), el diagnóstico de salud se define como la etapa inicial de la planificación. Su utilidad consiste en que permite conocer los problemas, las necesidades de una población y de los recursos de los que dispone para controlarlos o resolverlos. Es el resultado de una investigación que da a conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, así como de los recursos con que se cuenta para atacarlos. El conocimiento de las condiciones apuntadas permite establecer prioridades de acción, formular los programas conducentes o incrementar los ya existentes. El diagnóstico de salud debe tener las siguientes características.

1. Objetividad: los datos deben presentarse, siempre que sea posible, de manera cuantitativa para evitar subjetividad.
2. Precisión: deben referirse en la población de estudio y al medio en que se encuentra.
3. Integridad: Ha de ser lo más completa posible para permitir conocer y evaluar el estado de salud de la población.
4. Temporalidad: Generalmente se refiere a un tiempo determinado, un año por ejemplo.
5. El diagnóstico es el resultado de un proceso derivado de la observación y el análisis de la realidad objeto de estudio, la priorización de los problemas también y la propuesta y ejecución del plan de acción, serán el resultado de un proceso similar. Visto de esta manera, el diagnóstico no puede ser otra cosa que la identificación por la comunidad de los problemas que la afectan prioritariamente (Cruza-Acosta A Donato-Pérez A., 1996).

En su aplicación práctica el ASS constituye una herramienta de trabajo de incalculable valor , a partir de la cual se caracteriza a una comunidad, se identifican sus estilos de vida predominantes y también los principales problemas que afectan a la salud de las personas, desde la óptica de las propias personas (Sansó-Soberats F J.,2003).

La priorización de los problemas debe ser realizada colectivamente y el grueso de las acciones deben ser dirigidas hacia a aquellos de mayor magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad. Esos problemas priorizados deberán ser a los que mayor espacio se les dedique durante la discusión del informe final y para ello se podrían comparar con realidades similares al nivel regional.

El abordar el binomio del fenómeno salud-enfermedad significa observarlo como un hecho colectivo e individual en su doble dimensión social y biológica. Son el producto de las complejas interacciones de estas. Los diferentes grupos sociales participan de la producción social y de la distribución de lo que se produce, esto determina sus circunstancias. Los grupos deben crearse en las comunidades y deben tener un fin común dirigido a satisfacer algunas necesidades de salud (OPS, 1999).

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar de manera integral las condiciones actuales de salud de los estudiantes universitarios.

Objetivo específico

- Conocer las condiciones de salud del estudiante a partir de ámbitos específicos de su vida.
- Condiciones actuales de vida
- Entorno estudiantil

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación

Para la determinación de las variables que se incorporaron al diagnóstico de salud se utilizaron fuentes indirectas , lo anterior debido a que no existe antecedente de un diagnóstico de salud integral realizado en la facultad de estadística de la Universidad Veracruzana. Es importante mencionar que la Universidad Veracruzana realiza un Examen de Salud Integral (ESI) anual a sus alumnos de nuevo ingreso desde el año 2000 ,sin embargo, no se cuenta con el análisis de la información que produce dicho instrumento aunque si

se debe indicar que, en forma general, el CENATI conoce algunas de las principales causas de morbilidad de la comunidad estudiantil en general, las que se tomaron en consideración en primer término para la determinación de variables. Por otro lado se realizó un ejercicio de identificación de problemas de salud que afectan a la comunidad específica de la facultad de estadística de la Universidad Veracruzana, coordinado por el CENATI, en el que los miembros del comité de salud, aportan a través de una lluvia de ideas los temas que desde su perspectiva, deberían incluirse en el instrumento a aplicar para la elaboración de su diagnóstico de salud. Obteniendo los investigadores con ello, algunos de los factores de riesgo.

Como parte complementaria del ejercicio de planificación de variables, fueron consideradas las diez primeras causas de morbilidad para la edad de quince a 24 años en el municipio de Xalapa, Veracruz para el año 2004, de la misma manera, se consideraron las diez primeras causas de mortalidad para la población en edad reproductiva, en el municipio de Xalapa, Veracruz para el año 2004. Estas últimas teniendo como fuente de origen el sistema de epidemiológico y estadístico de defunciones (CIE-10).

Con la información enunciada, se realizó selección de criterios de agrupación según el análisis priorizado de patologías, se agruparon factores de riesgo para ellos, lo que a su vez fueron posteriormente depurados para la delimitación de los elementos integradores del diagnóstico de salud a realizar (Ver anexo 1).

Tipo de estudio y diseño general

El estudio se basó en una encuesta, con la aplicación de un cuestionario elaborado para indagar las características de salud de los estudiantes, rescatados del documento que integra los elementos del diagnóstico de salud universitario. Dicha encuesta se aplicó bajo la autorización de la secretaria académica de la facultad y el consentimiento de los catedráticos y alumnos, quienes cedieron algunos minutos de clase para contestar el cuestionario. El presente trabajo se define como un estudio descriptivo, que propone la aplicación de un cuestionario que permitió la identificación y caracterización de comportamientos y factores de riesgo para la salud en la población estudiantil.

Muestreo

El universo de estudio fueron los alumnos matriculados, regulares de la facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana para el periodo de agosto 2005 – febrero 2006. Los datos que se tuvieron del censo de 130 alumnos regulares para este periodo escolar, proporcionando así la validez necesaria para esta investigación.

Procedimientos para la recolección de información

El diagnóstico de salud se realizó a través de un censo, entendido como la enumeración de una población o grupo, en un momento dado, con características previamente definidas (CONAPO, 2000). Para la realización de la investigación, la recolección de la información se realizó por medio de un cuestionario, que se aplicó a todos los alumnos de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, inscritos en la matrícula del periodo agosto 2005-febrero 2006.

Se planeó realizar el trabajo anterior comprendiendo un periodo según cronograma de actividades general para el módulo de Salud Pública:

- Recolección de información (del 6 al 16 de diciembre)
- Análisis e interpretación de la información (3 a 20 de enero)
- Entrega de resultados: (6 a 10 de febrero)

Aspectos éticos de la investigación

Los datos que se obtuvieron a través de la encuesta que se aplicó a los alumnos fueron tratados de manera confidencial, pues la encuesta no pidió el nombre de la persona que la respondiera, sólo contuvo datos generales de los alumnos. Los resultados del análisis de la información fueron canalizados a las autoridades de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, a través de CENATI, para las acciones en beneficio de la salud del estudiante.

Análisis de los resultados

Métodos y modelos de análisis de los datos

Una vez obtenido los datos arrojados por el instrumento se introdujeron a una base de datos creada en un formato electrónico elaborado con el software Epi Info, versión 3.3.2 para ser analizados.

La base contiene 92 entradas principales, correspondientes a las 92 preguntas del instrumento de recolección de datos, los cuales son campos de tipo texto, numéricos, título, multilinea, lógicos, de opción y de fecha-tiempo. Para el análisis de las respuestas abiertas se realizó previamente una codificación cualitativa.

Posterior al programa mencionado, nos apoyamos en el software Excel, con el fin de realizar un análisis cuantitativo y la elaboración de gráficos.

Análisis de datos

La información recolectada se acopió y analizó mediante un formato electrónico elaborado con el software Epi Info, versión 3.3.2; los que, una vez capturados, fueron analizados dentro del mismo programa (previa limpieza de la base de datos), permitiéndonos también obtener cruces de la información relevante y , posteriormente a través del software Excel se procedió a la importación de la información en las tablas de origen, en dicho programa, una vez importada la información, se realizó la limpieza de las tablas, con la posterior elaboración de gráficos que permitieran la codificación y análisis de los datos.

RESULTADOS

Antecedentes

Datos históricos de importancia para la Salud Pública

Es importante señalar que no existe un antecedente de la realización de un análisis de las condiciones de salud de los estudiantes de la Facultad de Estadística, por tal motivo para la elaboración de este diagnóstico se dio a la tarea de investigar datos relevantes acerca de la salud de los estudiantes universitarios, por tal motivo se tuvo un contacto con las autoridades encargadas de el CENATI (Centro de Atención Integral para la Salud del estudiante Universitario) donde se proporcionaron datos aislados, no completos del año 2004 con referencia a la salud del estudiante, como son aspectos de salud sexual y adicciones las cuales fueron recuperadas a su vez del ESI (Examen de Salud Integral) realizado a los alumnos de nuevo ingreso de la Universidad Veracruzana, en donde se participa anualmente, sin embargo para el año 2005 el centro realizó una interrupción de dicha participación, ya que se contempla elaborar un análisis y publicación de la información de años anteriores que sirvan como respaldo y antecedente de las características de salud de los universitarios en lo que respecta comportamientos y factores de riesgo.

Con lo que respecta al ESI, este, como ya se menciona se realiza cada año, de manera calendarizada para cada una de las facultades de la universidad, cabe mencionar que el examen es amplio ya que contempla el reconocimiento de aspectos tanto orgánicos, psicológicos y bioquímicos, sin embargo siendo esta base de datos tan completa, no se realizan análisis por parte de ninguna dependencia relacionada con el acopio de la información.

Geográficos

Características del campus a estudiar

La facultad de Estadística se encuentra ubicada en la Unidad de Ciencias Económicas, con dirección en Avenida Manuel Ávila Camacho esquina Avenida Xalapa s/n, Xalapa, Veracruz.

Las vías de acceso a dichas instalaciones son a través de las avenidas principales como son Av. Ávila Camacho, Av. Veinte de Noviembre, Av. Xalapa y Av. Américas. Se cuenta con un servicio de transporte para los estudiantes universitarios el cual pasa por las instalaciones conectando las diferentes unidades, partiendo de la unidad de ciencias de la salud, hasta llegar a la USBI (Unidad de Servicios Bibliotecarios e Informáticos), el recorrido del transporte está contemplado para hacer una escala cada hora por esta unidad.

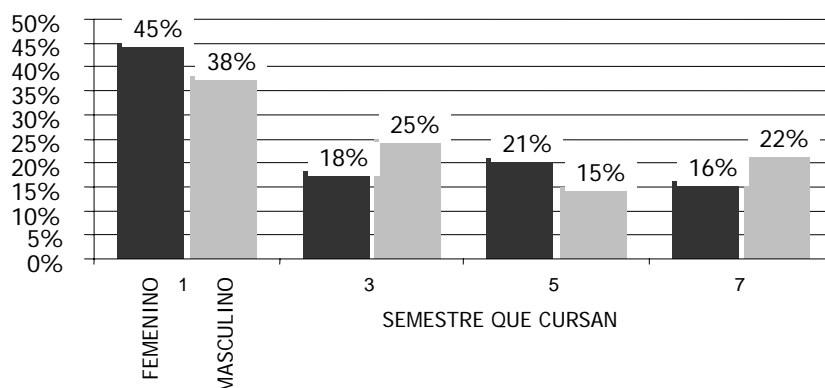
Foto 1. Fachada principal de Facultad de Estadística de la UV



Aspectos demográficos de la población de estudio

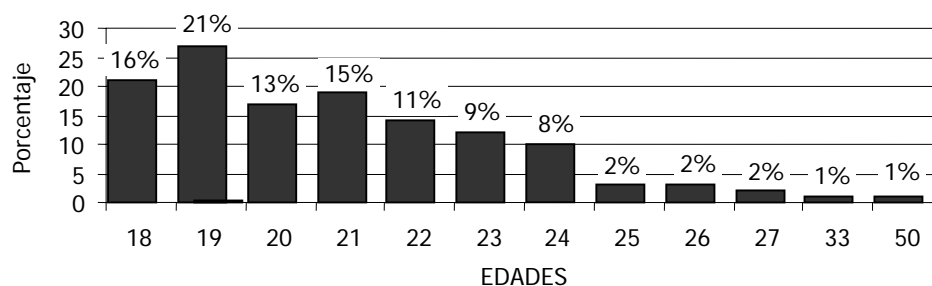
Características generales de la población

Figura 2. Proporción de alumnos de acuerdo al sexo y semestre



La gráfica muestra el porcentaje de estudiantes por semestre que cursan y su género, nótese que en todos los semestres están cursando mayor proporción de mujeres en relación con los hombres, ya que el número total de mujeres es de 78 y 52 hombres.

Figura 3. Edades de los alumnos de la Facultad de Estadística



La gráfica muestra las características porcentuales de la población en cuanto a sus edades, en donde la edad promedio de los alumnos de esta facultad es de 21 años para los dos géneros.

Deserción escolar

El número alumnos inscritos para el periodo escolar de julio 2005-febrero 2006 era de 190 alumnos, para la fecha en la que fue realizada la investigación se encontraron únicamente 130 alumnos regulares. Tales bajas se dieron por razones no documentadas, sin embargo las autoridades indican que dentro de los posibles motivos se encuentra el hecho de que la mayoría de los alumnos ingresan a cursar esta carrera por invitación de parte de la facultad, y por ser ésta su segunda opción, desertan.

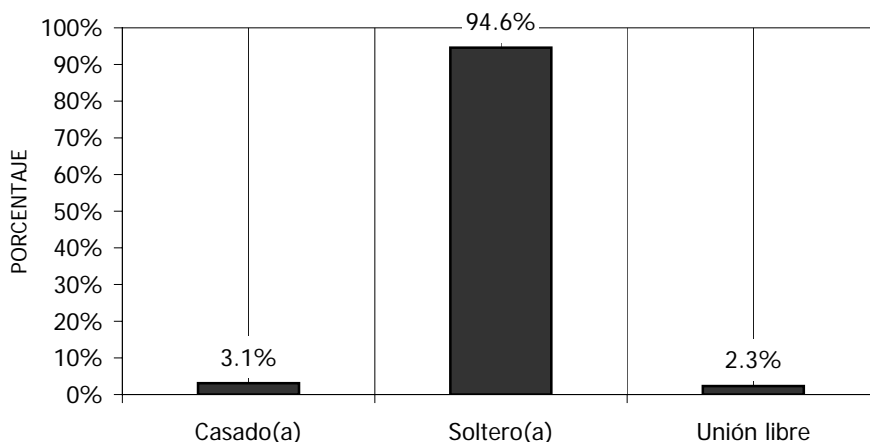
Estado civil

Dentro de la caracterización de la población estudiantil de la Facultad de Estadística, en lo que respecta al estado civil, podemos observar que la mayor parte de la población es soltera, correspondiendo al 94 por

ciento de ellos (123 alumnos), el 3.15 por ciento se encuentra casado (cuatro alumnos) y el 2.3 por ciento de la población en unión libre (tres alumnos), (Ver figura 4).

La relación de alumnos de acuerdo al sexo y su estado civil, no muestra diferencia en los alumnos casados ya que representan el dos por ciento de hombres, e igual porcentaje en mujeres; en cuanto a la unión libre el dos por ciento son hombres y el uno por ciento mujeres.

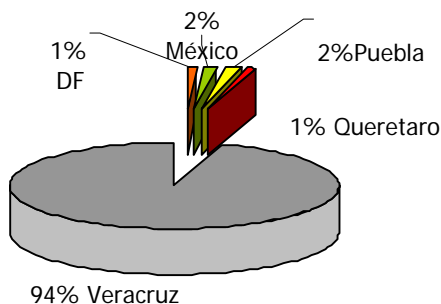
Figura 4. Porcentaje de alumnos de la Facultad de Estadística de acuerdo a su estado civil.



Lugar de procedencia e inmigración a la ciudad

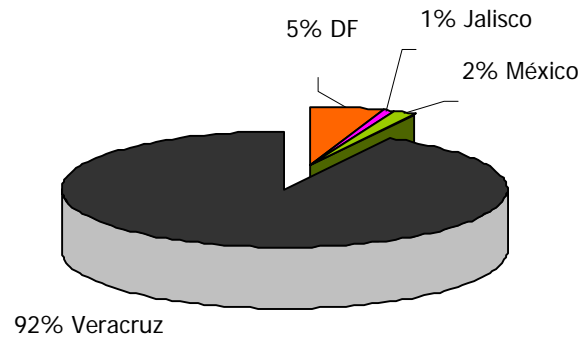
Se identificó la entidad federativa de nacimiento de los alumnos, encontrando que en un 94 por ciento de ellos nacieron en Veracruz, lo que corresponde a 124 alumnos. (Ver figura 5)

Figura 5. Entidad Federativa de nacimiento de los alumnos de la Facultad de Estadística



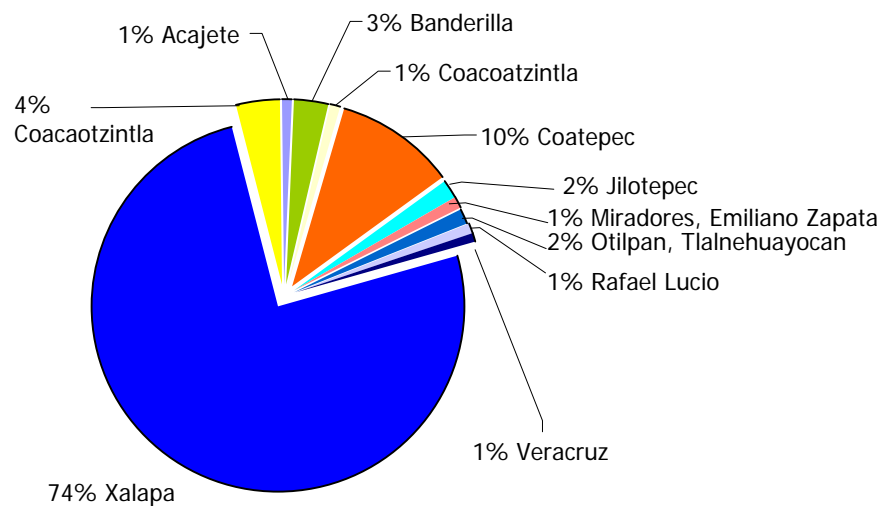
El 92 por ciento de los alumnos que respondieron el cuestionario aplicado, refirieron que vivían en el estado de Veracruz antes de ingresar a la Universidad Veracruzana a realizar sus estudios, esto es, dos por ciento menos de los alumnos que indicaron haber nacido en esta entidad federativa. (Ver figura 6)

Figura 6. Entidad Federativa de residencia previa al ingreso a la Universidad de los alumnos de la Facultad de Estadística



En cuanto al lugar de residencia actual de los alumnos, podemos mencionar que el 74 por ciento de ellos, es decir 98 alumnos, viven actualmente en la ciudad de Xalapa, Veracruz, seguidos de catorce alumnos que viven en la ciudad de Coatepec y cinco alumnos en la población de Xico; el resto vive en localidades cercanas; lo anterior representa un desplazamiento de máximo media hora para llegar al centro de estudio (Ver figura 7)

Figura 7. Lugar de residencia actual de los alumnos de la Facultad de Estadística



Ambiente

Clima

El clima de la ciudad de Xalapa es húmedo y variado, teniendo una temperatura máxima de 30.2 grados centígrados y una mínima de 10-4 para las primeras horas del día, siendo esta última la predominante para el periodo invernal.

Saneamiento del medio

Las condiciones del lugar donde se encuentran los estudiantes tomando clases o conviviendo son analizadas para este diagnóstico a partir de la percepción de quienes conviven diariamente en aulas, sanitarios, patios, laboratorios, lugares de esparcimiento u otras áreas de acceso para los estudiantes; se calificaron de la siguiente manera:

Tabla 1. Percepción de los alumnos con respecto a las instalaciones de la facultad

Área	Buena	Regular	Mala
Aula	52%	36%	12%
Sanitarios	15%	54%	31%
Patios	54%	38%	8%
Laboratorios	45%	42%	13%

Nótese en la tabla que con respecto a las condiciones de aulas que es el espacio en el que más tiempo pasan un 36 por ciento (28 alumnos) perciben el área como regular, en cuanto a los sanitarios el 31 por ciento (24 alumnos) consideran el área como inadecuada, siendo ésta la que debe tener más cuidados de limpieza e higiene, es de destacar también que el área de los laboratorios es considerada por un 42 por ciento (34 alumnos) como regulares.

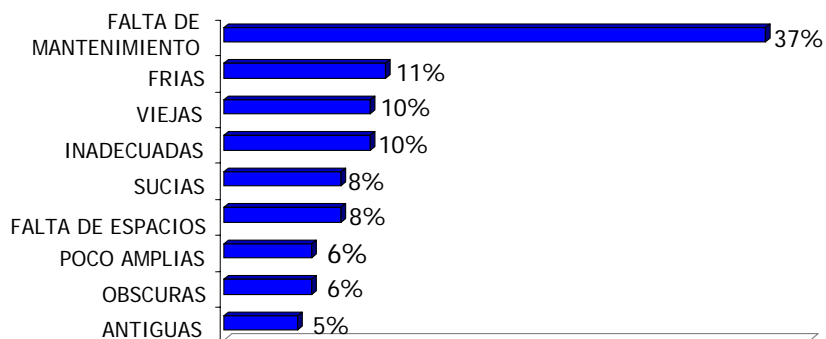
Disposición de basura

Todos los desechos generados en la unidad son recolectados diariamente por el personal de limpieza de la unidad, y depositados en un contenedor ubicado a un costado de la fachada principal, de donde posteriormente es retirada por el servicio de limpia pública municipal. Aunque la ubicación de dicho contenedor esta frente a la ventana de uno de las aulas, y pudiera emitir olores desagradables, no es considerada por los alumnos como un factor de riesgo para la presencia de enfermedades.

Contaminación

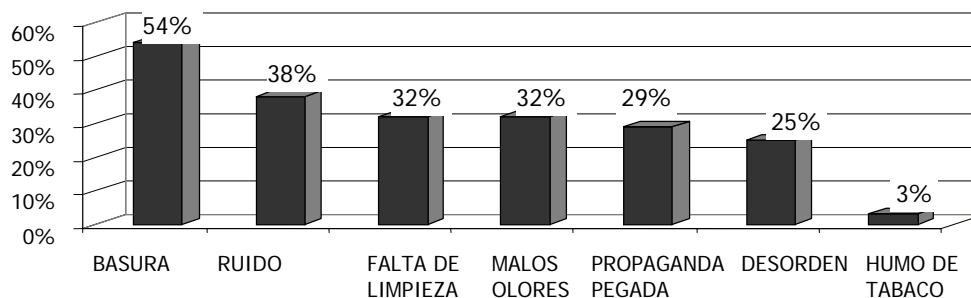
Al preguntarle a los alumnos si les gustaban las instalaciones de su facultad, el 37 por ciento de ellos respondió que sí les gustan y el 63 por ciento respondió que no. El principal motivo que manifestaron los alumnos del por qué no les gustan las instalaciones fue por falta de mantenimiento que corresponde a un 29 por ciento, seguido con un once por ciento que consideran frías las instalaciones, tal como se muestra en la Figura 9.

Figura 9. Porcentaje de alumnos según percepción de agrado de sus instalaciones



Por otro lado, en lo que respecta a la percepción de contaminación que tienen los alumnos de sus instalaciones tenemos que 54 por ciento considera que existe contaminación por basura, mientras que sólo un tres por ciento hace referencia a la contaminación de humo de tabaco tal como se observa en la Figura 10.

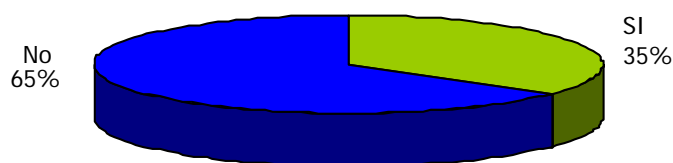
Figura 10. Porcentaje de alumnos según percepción de contaminación en sus instalaciones



Acceso a alimentos y bebidas dentro y en la periferia de su facultad

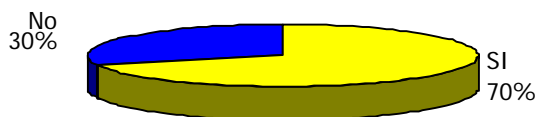
Un aspecto muy importante para el saneamiento del medio en el que se encuentran los estudiantes, es la higiene de los alimentos que consumen; ante el análisis de los datos obtenidos, las características de lo anterior se evaluó de la siguiente manera:

Figura 11. Porcentaje de alumnos que consumen alimentos en la cafetería



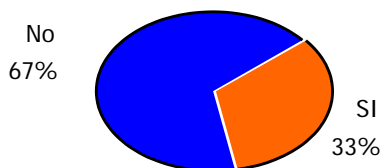
De los 130 alumnos, al cuestionarlos acerca del consumo de alimentos, sólo el 35 por ciento (46 alumnos) consumen alimentos en la cafetería escolar, este lugar es considerado apto para consumir alimentos con las condiciones de higiene adecuadas.

Figura 12. Porcentaje de alumnos que consumen alimentos en comercios



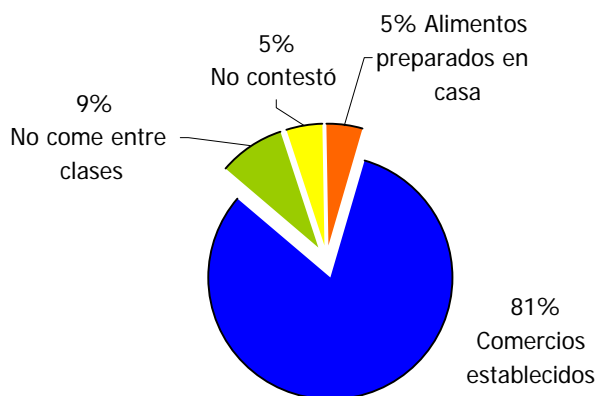
Del total de los alumnos encuestados el 70 por ciento (91 alumnos) declaró consumir también alimentos en comercios ambulantes.

Figura 13. Porcentaje de alumnos que consumen alimentos en otros lugares



El 33 por ciento (43 alumnos) declararon también consumir alimentos en otros lugares diferentes a la cafetería escolar y a los comercios ambulantes de la periferia de la facultad.

Figura 14. Tipos de lugares



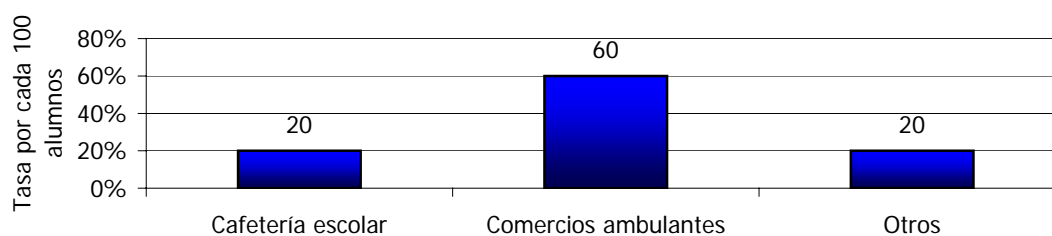
Del 33 por ciento de los alumnos que consumen alimentos en lugares diferentes, el 81 por ciento (35 alumnos) consumen alimentos en comercios establecidos como farmacias, y tiendas de comerciales. El resto de los alumnos no consume alimentos entre clases, o bien consume alimentos preparados en casas.

Figura 15. Porcentaje de alumnos que han enfermado por consumir alimentos fuera de la escuela



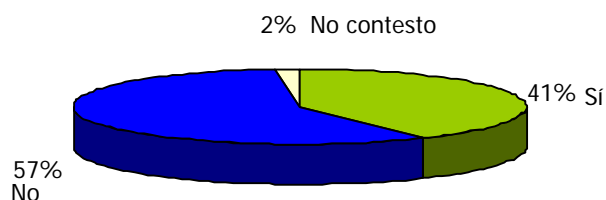
Del total de los estudiantes encuestados el 77 por ciento indicó que se ha enfermado por consumir alimentos en la periferia de la escuela, este es un factor de riesgo para la salud de los estudiantes.

Figura 16. Tasa de alumnos que declararon haber padecido alguna enfermedad de acuerdo al lugar de consumo



En relación a la gráfica anterior, esta muestra las tasas de los alumnos que han enfermado en relación al lugar de consumo, en donde se aprecia que la mayor proporción de alumnos enferman por consumir alimentos en comercios ambulantes.

Figura 17. Porcentaje de alumnos que consideran que los alimentos que consumen son adecuados para su salud



El 57 por ciento (74 alumnos) consideran que los alimentos que consumen y que están a su disposición en la periferia de la facultad, no son adecuados para una alimentación saludable, siendo esto un factor de riesgo para la salud de los estudiantes.

Daños a la salud

Mortalidad general

Las diez principales causas de mortalidad registradas para el municipio de Xalapa durante el año 2004 para el grupo de edad productiva contemplan a los tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades del hígado, enfermedades del corazón, accidentes, enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana, influenza y neumonía, agresiones, enfermedades cerebro vasculares e insuficiencia renal. En la población

estudiantil las autoridades de la Facultad de Estadística informan que no se han presentado decesos de estudiantes matriculados en los últimos cinco años.

Morbilidad general

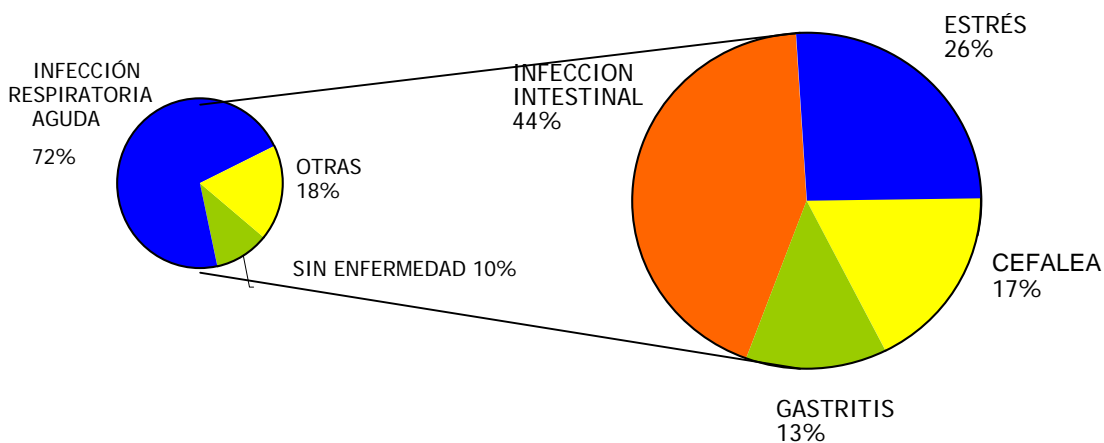
Se reportan dentro de las diez principales causas de morbilidad registradas para el municipio de Xalapa durante el año 2004 para el grupo de edad entre quince a 24 años, las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, infecciones de vías urinarias, úlceras, gastritis y duodenitis, otras helmintiasis amibiasis intestinal, hipertensión arterial, varicela, asma y estado asmático, y candidiasis urogenital; siendo la reportada para la población universitaria la siguiente:

Morbilidad específica

En el municipio de Xalapa, Ver., entre la principal causa de morbilidad en los grupos de edad de quince a 24 años son las infecciones respiratorias agudas, siendo esta también la principal causa de enfermedad manifestada por los alumnos en los últimos seis meses, y es en este grupo de edad donde se ubica la población estudiantil.

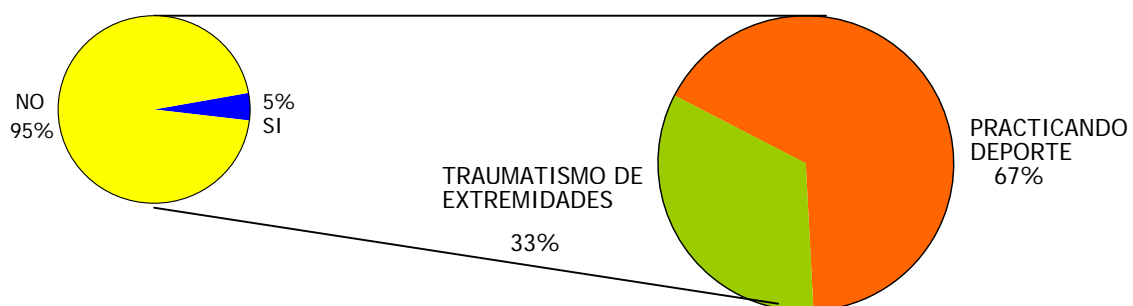
Como podemos observar en la Figura 1, un 72 por ciento de los alumnos dijeron haberse enfermado de infección respiratoria aguda. Algunas otras enfermedades que refirieron los alumnos, correspondiente a un 18 por ciento, fueron infección intestinal, estrés, cefalea y gastritis. Mientras que sólo un diez por ciento dijo no haberse enfermado durante ese periodo.

Figura 18. Alumnos según enfermedad padecida durante los últimos seis meses



De los alumnos que han tenido algún accidente, un cinco por ciento, el 67 por ciento de ellos han sido ocasionados practicando algún deporte y otro 33 por ciento a causa de traumatismo de extremidades (Figura 19)

Figura 19. Porcentaje de alumnos según accidentes sufridos en los últimos seis meses

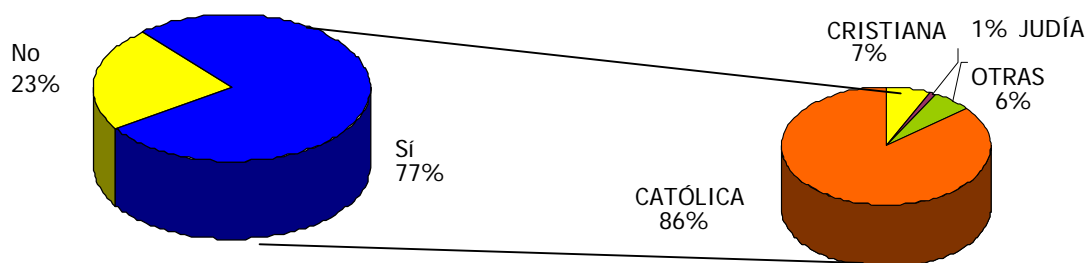


Factores sociales

Religión

Acerca de la religión que profesan los alumnos tenemos que un 77 por ciento profesa alguna religión. En la Figura 20 podemos apreciar que la mayoría profesa la religión católica que corresponden a un 86 por ciento de ellos, en contraste con un siete por ciento que son de la religión cristiana y tan sólo un uno por ciento que es de la religión judía.

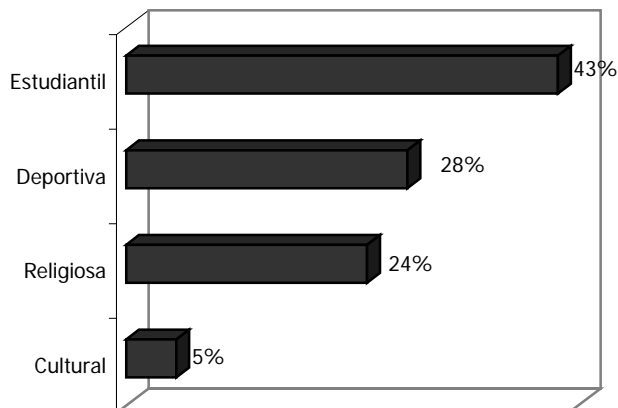
Figura 20. Porcentaje de alumnos según religión que profesan



Organizaciones estudiantiles

Con respecto a los alumnos que pertenecen a una forma de asociación, el 16 por ciento de ellos dijo que pertenecer una, de los cuales el 43 por ciento corresponde a un tipo de asociación estudiantil, seguido por un 28 por ciento de una deportiva y 24 por ciento de ellos pertenece a una religiosa, mientras que un 5 por ciento refirió pertenecer a una asociación de cultural, tal como se observa en la Figura 21.

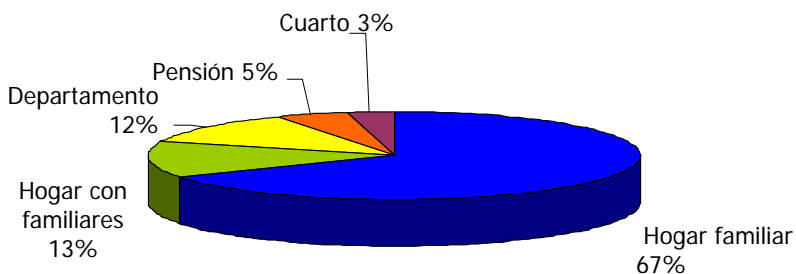
Figura 21. Porcentaje de alumnos según pertenencia a un tipo de asociación



Vivienda

En lo concerniente al lugar en el que viven los alumnos encontramos que el 67 por ciento vive en el hogar familiar, mientras que el tres por ciento vive en un cuarto, tal como se aprecia en la Figura 22.

Figura 22. Alumnos según lugar en el que viven actualmente



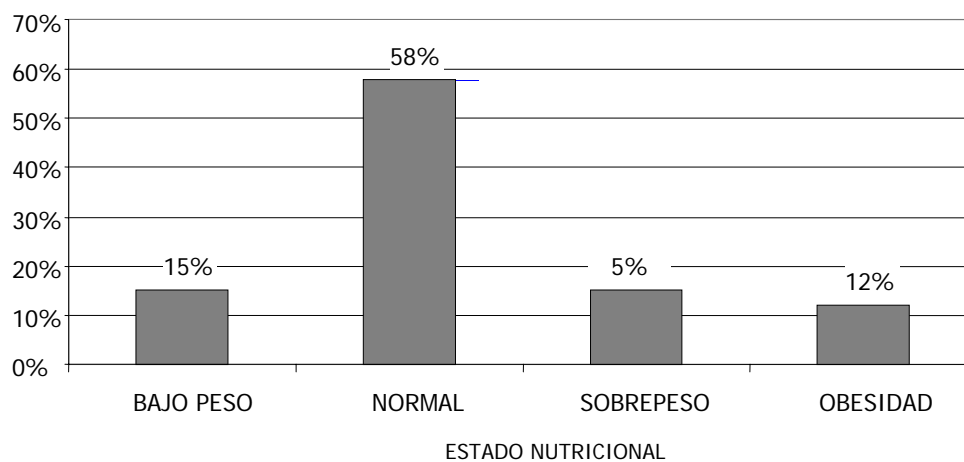
Estilos de vida y factores de riesgo

Los estilos de vida entendidos como el conjunto de decisiones individuales que pueden afectar a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud señala que el comportamiento influye de forma decisiva en el estado de salud de los individuos y de los pueblos. La salud puede mejorar de forma notoria si se evitan factores de riesgo como son el consumo de alcohol, el uso de drogas, la falta de ejercicio, la dieta no balanceada, el estrés o el tabaco. Así mismo los Factores de riesgo es todo aquello que aumenta las probabilidades de que una persona contraiga una enfermedad, por lo que fueron analizados de la siguiente manera.

Estado nutricional

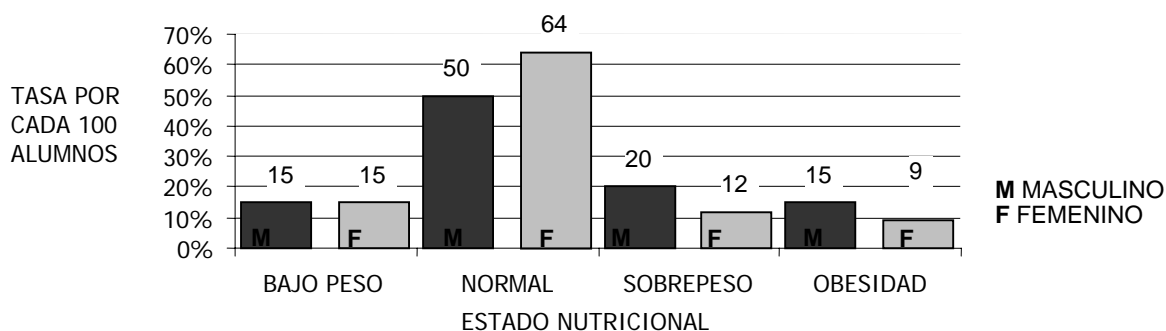
Se determinó el IMC (Índice de masa corporal) de los estudiantes encuestados, para poder tener un indicador que nos ayudara a establece algunas relaciones entre el peso y el factor de riesgo para desarrollar problemas de salud, como enfermedades crónico degenerativas, lesiones de la estructura óseas

Figura 22. Porcentaje de alumnos de la Facultad de Estadística clasificado de acuerdo al índice de masa corporal



La Figura 22 muestra, que existe un mayor porcentaje de alumnos que presentan un estado nutricional normal en ambos sexos, mientras que la malnutrición esta presente en el 42 por ciento (32 alumnos) siendo este un factor de riesgo representativo para su salud.

Figura 23. Tasa en relación al sexo e IMC de los alumnos de la Facultad de Estadística



Con respecto a la tasa por sexo en relación al IMC, es significativo en la Figura 23, que el sexo masculino presenta una prevalencia de sobrepeso mayor que la obesidad, así también para el sexo femenino.

Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios de una población, es factor determinante de su estado de salud. Los hábitos inadecuados, por exceso o por defecto, se relacionan con numerosas enfermedades, de elevada prevalencia y mortalidad, ya sea por abundancia alimentaria, en contraposición con las enfermedades carenciales. Por lo anterior se decidió evaluar las características de la dieta habitual del estudiante universitario, como factor determinante de su estado de salud, analizando los hábitos de alimentación, a partir de la frecuencia del consumo de alimentos saludables y poco saludables que puedan favorecer o afectar su estado nutricional.

Tabla 2. Frecuencia de consumo semanal de alimentos entre los estudiantes

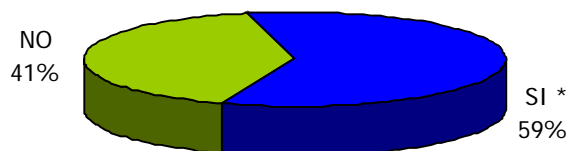
TIPO DE ALIMENTO			
Alimentos Saludables	Nunca	Menos de 4 veces	Más de 4 veces
Cereales	2%	14%	84%
Frutas	4%	41%	55%
Verduras	5%	45%	50%
Lácteos	2%	5%	93%
Alimentos poco saludables			
Dulces o golosinas	8%	52%	40%
Refrescos, bebidas embotelladas	11%	57%	32%
Alimentos congelados o procesados	33%	51%	84%
Alimentos o bebidas ligth	48%	35%	17%

Se aprecia en la Tabla 2 que proporcionalmente hay un consumo alto de alimentos saludables, así para el consumo de los alimentos poco saludables representando un consumo medio a alto, lo que significa un riesgo para la el sobrepeso, obesidad y enfermedades crónico degenerativas.

Actividad física

La actividad física que un individuo realice de manera constante, y en un tiempo adecuado, influye en gran medida al bienestar de la salud de un individuo, tanto en el periodo en la que la realice como a largo plazo; así también el bienestar mental contribuye a la salud del individuo, es por ello que estos condicionantes fue investigado en la población estudiantil, pues puede ser un factor de riesgo de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, enfermedades cerebro vasculares, depresión, etc.

Figura 24. Porcentaje de alumnos que realizan alguna actividad física

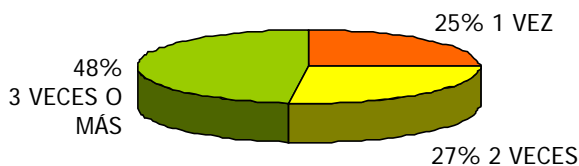


La Figura 24 muestra que del total de la población estudiantil encuestada, el 59 por ciento (77 individuos) realiza alguna actividad física.

Sedentarismo

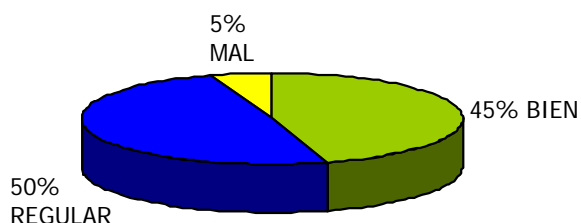
El sedentarismo es considerado como ausencia o insuficiente actividad física realizada por los estudiantes, esta variable fue perceptible a analizar por su contribución a la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, enfermedades cerebro vasculares, estrés, depresión, etc.

Figura 25. Frecuencia de días a la semana que los alumnos realizan alguna actividad física



La gráfica nos señala que el 48 por ciento (37 alumnos) realizan por lo menos tres veces a la semana alguna actividad física, siendo sólo estos del total de los alumnos que realizan alguna actividad física los que no se considerarían sedentarios.

Figura 26. Percepción de los alumnos de la Facultad de Estadística con respecto a su condición física



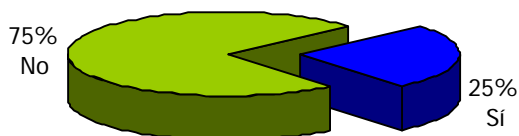
Como reflejo de la Figura 26, la percepción de los alumnos en relación a su condición física es en un 50 por ciento (65 alumnos) regular, dando esto un factor de riesgo a largo o mediano plazo para contraer enfermedades crónico degenerativas.

Tabaquismo

El tabaquismo es definido como la Intoxicación provocada por el abuso del tabaco. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la adicción se inicia en la adolescencia; es la juventud el grupo prioritario de la industria tabacalera para promocionar el tabaco a través de la publicidad, pues debe reemplazar a los fumadores que se mueren o que abandonan el tabaquismo. Los jóvenes deben recibir atención especial, ya que están comenzando a fumar a edades cada vez más tempranas. En muchos países comienzan a fumar antes de los quince años. Se sabe que cuanto más joven se comienza a fumar, es más difícil romper con esta dependencia y son mayores las probabilidades de morir por enfermedades resultantes. El tabaco mata a más de diez mil personas al día y estas cifras se elevan constantemente y casi se triplicarán en los próximos 20 años: diez millones de muertes anuales, sino se toman medidas drásticas de control (OPS, 1998).

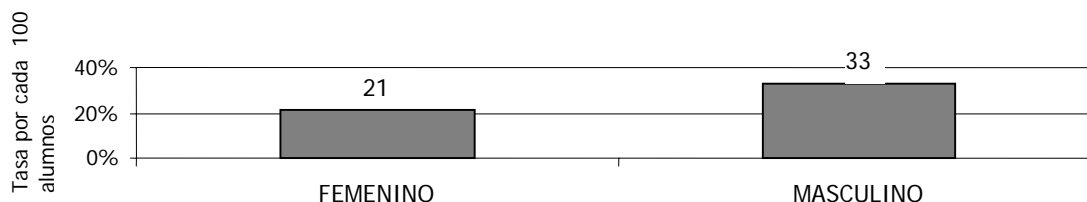
En lo correspondiente a los estudiantes de la Facultad de Estadística de Universidad Veracruzana, hemos de señalar que el 25 por ciento de la población censada refiere consumir tabaco (Ver figura 27).

Figura 27. Porcentaje de consumo de tabaco entre alumnos de la Facultad de Estadística



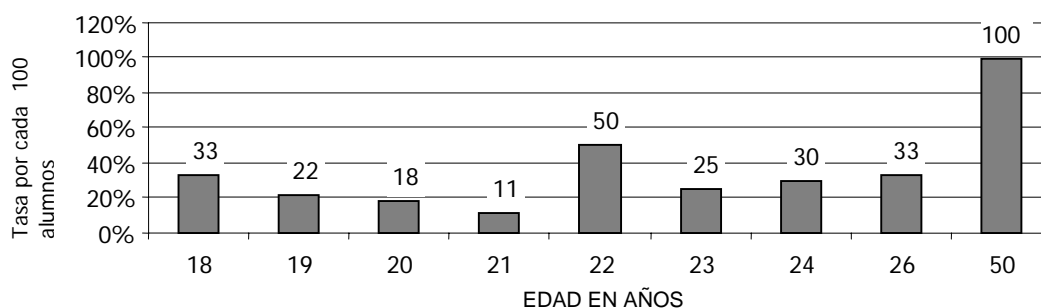
La tasa de consumo de tabaco entre la población estudiantil de acuerdo al sexo, es de 33 por ciento en los hombres y 21 por ciento en las mujeres, esto indica que la población masculina lleva ventaja en el consumo de tabaco. (Ver figura 28)

Figura 28. Tasa de consumo de tabaco entre los alumnos de la Facultad de Estadística de acuerdo al sexo



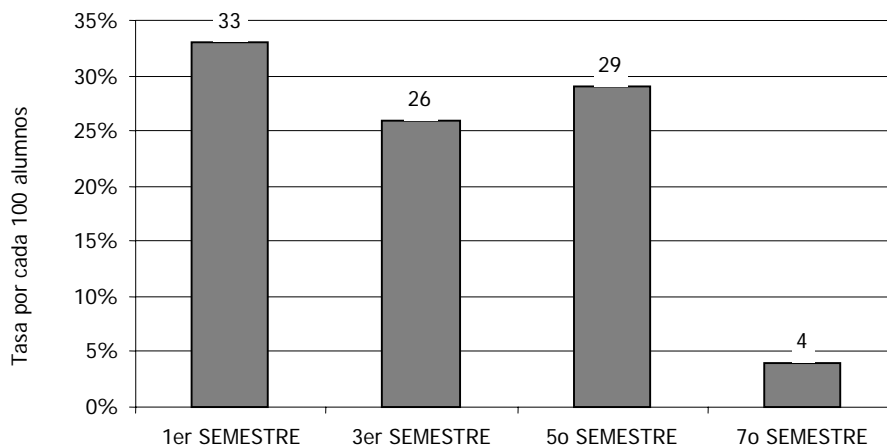
En cuanto a la edad de consumo, se observa que éste es más marcado a los 22 años de edad, representado por una tasa de 50 por cada 100 alumnos que consumen tabaco. Una vez más es notorio la tasa de 100 por ciento en la edad de 50 años, sin embargo, recordamos que este rubro está integrado por un alumno. (Ver figura 29)

Figura 29. Tasa de consumo de tabaco de acuerdo a la edad, en alumnos de la Facultad de Estadística



Analizando el consumo de tabaco entre los alumnos de acuerdo al semestre, observamos que la tasa por cada 100 alumnos que lo consumen fluctúa entre el 26 y el 33 por ciento, de los semestres primero, tercero y quinto, sin embargo, es muy notorio, que la tasa de consumo de tabaco se reduce a casi nulo, es decir, cuatro por ciento, en los alumnos del séptimo semestre. (Ver figura 30)

Figura 30. tasa de consumo de tabaco de acuerdo al semestre en alumnos de la Facultad de Estadística



Respecto a la frecuencia de consumo de tabaco, se hace notar, que el 30 por ciento de los alumnos que consumen tabaco, es decir, 23 alumnos, lo hacen diariamente, y el 49 por ciento de ellos (38 alumnos), consumen tabaco eventualmente. (Ver figura 31)

Figura 31. Porcentaje de alumnos de la Facultad de Estadística que consumen tabaco de acuerdo a frecuencia

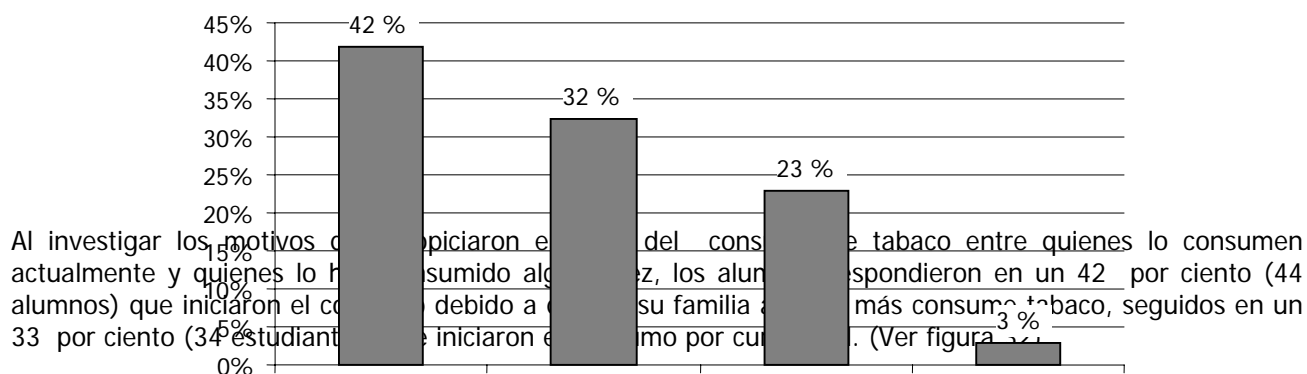
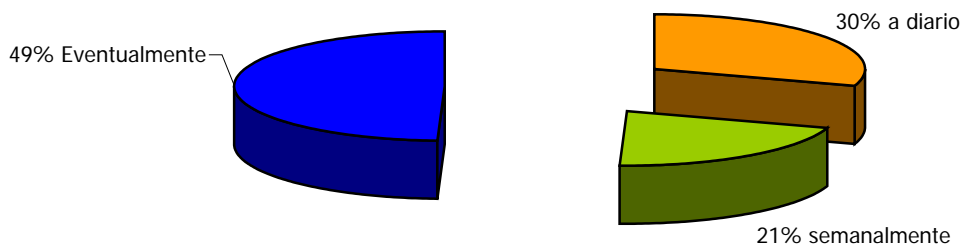
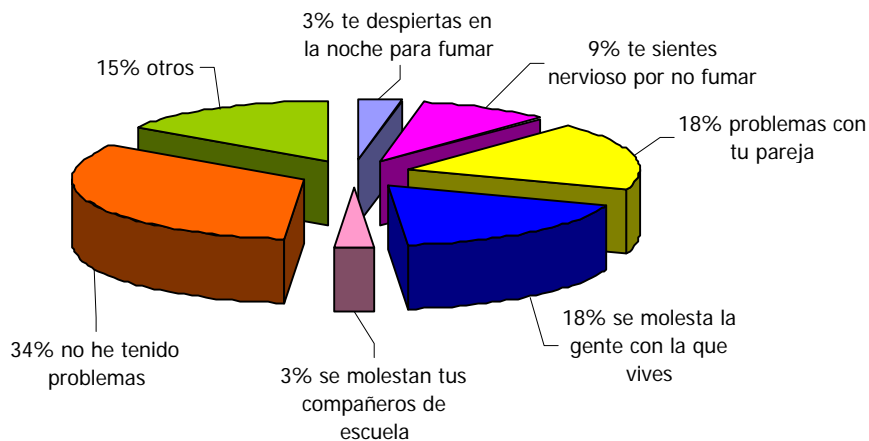


Figura 32. Porcentaje de alumnos de la Facultad de Estadística que consumen o han consumido tabaco de acuerdo a las formas en que iniciaron su consumo

Se cuestionó entre los consumidores de tabaco, si habían tenido algún problema originado por el consumo y el tipo que habían presentado, respondiendo el 34 por ciento, es decir, once personas, que no han tenido problemas, un 18 por ciento, (seis alumnos), indican que han tenido problemas con su pareja o que se molesta la gente con que viven en el mismo porcentaje. (Ver figura 33)

Figura 33. Porcentaje de problemas referidos por los alumnos de la Facultad de Estadística originados por el consumo de tabaco



Con respecto a la percepción que tiene el total de la población estudiantil acerca del consumo de tabaco, es importante mencionar que se presentó la posibilidad de elegir varias opciones con las que se sintieran identificados (de acuerdo a la encuesta nacional de adicciones), vertiendo así, que un 91 por ciento del total (118 alumnos) piensa que fumar es malo para la salud, un 66 por ciento (86 alumnos) que fumar afecta la salud de los demás, y un 62 por ciento (80 alumnos) piensan que fumar es un vicio. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Percepción de los alumnos respecto al tabaco

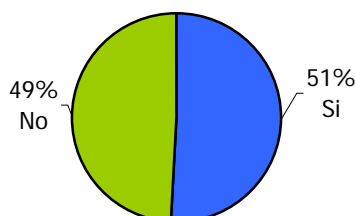
Percepción	%
Fumar es malo para la salud	91
Fumar afecta la salud de los demás	66
Fumar es un vicio	62
El tabaquismo causa enfermedad	61
Debería haber más información acerca de los daños que provoca fumar	52
Fumar tabaco es más dañino para la salud que cualquier otra droga	15
Fumar relaja y tranquiliza	9
Toda la gente debería fumar	8
Fumar es una forma de entretenerse	3
Es bueno fumar	2

Consumo de alcohol

El alcoholismo se considera como el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos que genera la incapacidad del control en la ingestión de alcohol una vez iniciada y la imposibilidad de abstenerse. El consumo de alcohol en las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud, es 50 por ciento más alta que en el resto del mundo, no obstante que se observan diferencias regionales, el porcentaje mencionado corresponde al hemisferio norte (OPS, 2005).

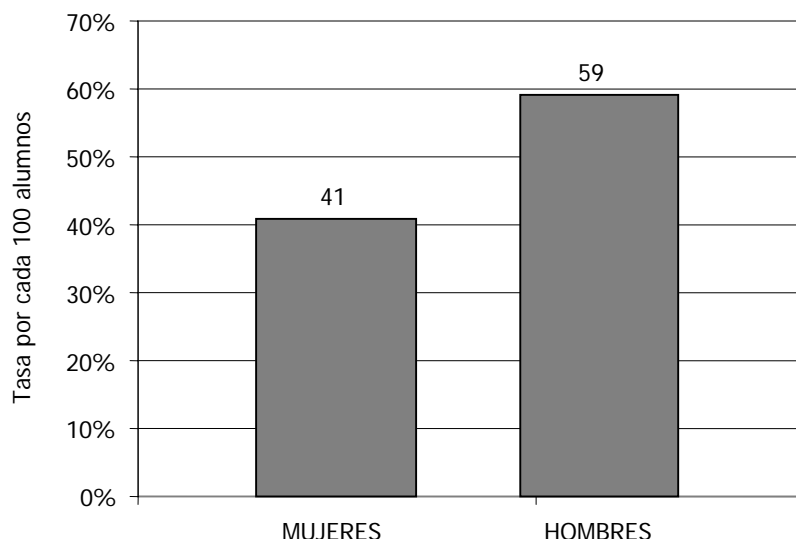
Así, para fines de esta investigación y considerando que en el grupo de edad investigado, se presentan como una de las principales causas de muerte los accidentes (CIE-10, 2004) y las lesiones como causa de morbilidad (SUIVE, 2005), además de que estas dos condiciones generalmente se han relacionado con la ingesta de alcohol; se investigó el consumo de alcohol entre los estudiantes de la Facultad de Estadística, encontrando que el 51 por ciento de los alumnos refieren ingerirlo, esto es, 66 personas de un total de 130. (Ver figura 34)

Figura 34. Porcentaje de consumo de alcohol en alumnos de la Facultad de Estadística



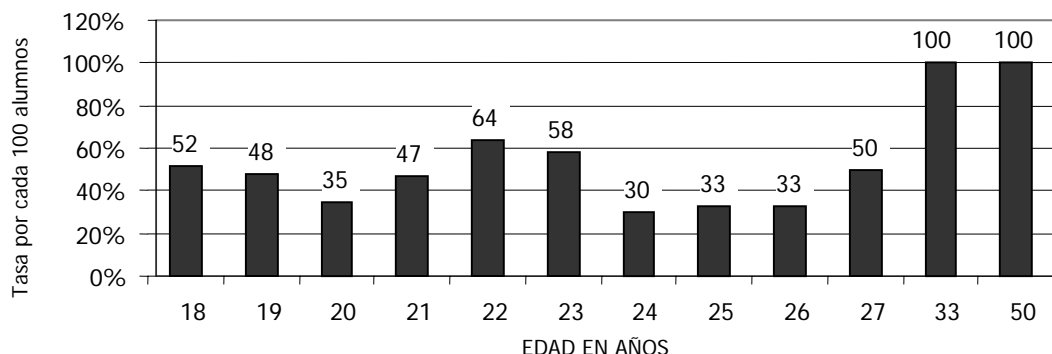
La tasa de consumo de acuerdo al sexo de la población estudiantil muestra que el consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres, ya que para ellos se manifiesta una tasa de 59 por cada 100 alumnos, mientras que en las mujeres encontramos que se consume alcohol en 41 de cada 100 de ellas. (Ver figura 35)

Figura 35. Tasa de consumo de alcohol de acuerdo al sexo de los alumnos de la Facultad de estadística



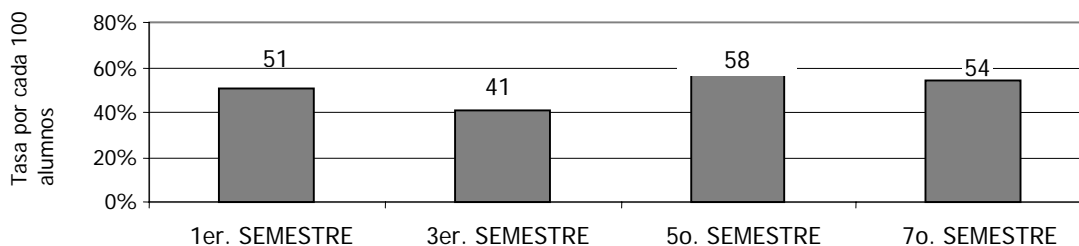
Si analizamos el consumo de alcohol, en base a la edad de cada alumnos, observamos que las tasas mayores se presentan entre los estudiantes de 22 y 23 años de edad, presentándose en un 64 y 58 por ciento de ellos respectivamente; es importante señalar que, si bien se observa un 100 por ciento en tasa de consumo de alcohol en las edades de 33 y 50 años, esto obedece a que sólo hay un alumno de cada rubro de edad mencionado, y que la totalidad de ellos consume alcohol. (Ver figura 36)

Figura 36. Tasa de consumo de alcohol de acuerdo a la edad en alumnos de la Facultad de Estadística



Con lo que respecta al consumo de alcohol de acuerdo al semestre cursado, se muestra a continuación las tasas encontradas, donde se observa que prácticamente el consumo es aproximadamente la mitad de la población de cada grado escolar, coincidiendo con los porcentajes encontrados en el total de la población censada. A nivel del tercer semestre, se observa que la ingesta de alcohol se reduce en aproximadamente diez por cada 100 alumnos. (Ver figura 37).

Figura 37. Tasa de consumo de alcohol en alumnos de la Facultad de Estadística de acuerdo al semestre que cursan



Respecto a la frecuencia de consumo, señalaremos, que el 56 por ciento de la población total que consume alcohol, menciona que lo hace menos de una vez por mes, cuando menos una vez al año, lo que corresponde a 37 personas. Es importante señalar que el seis por ciento de ellos, es decir, cuatro personas, consumen alcohol una vez a la semana o con mayor frecuencia, lo que nos habla de dificultades para el control de la ingesta de alcohol. (Ver figura 38)

Figura 38. Porcentaje de alumnos que consumen alcohol de acuerdo a la frecuencia

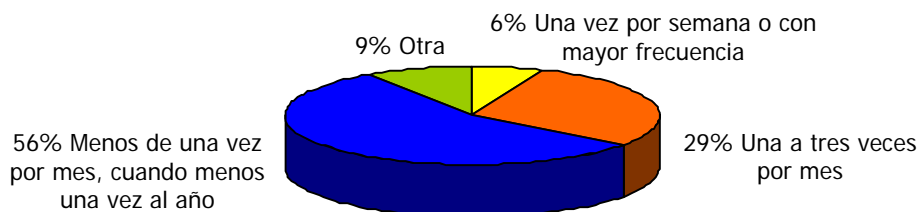
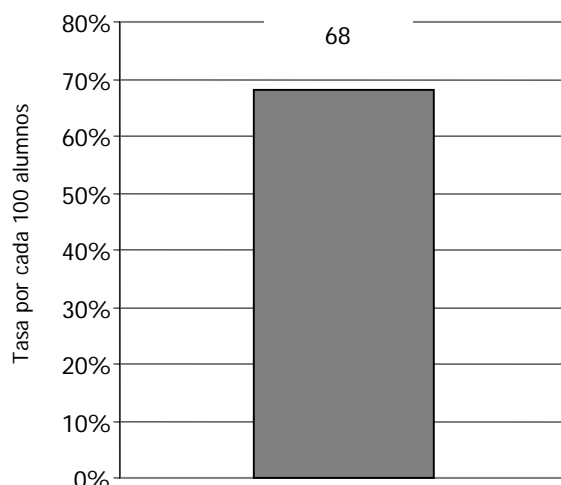
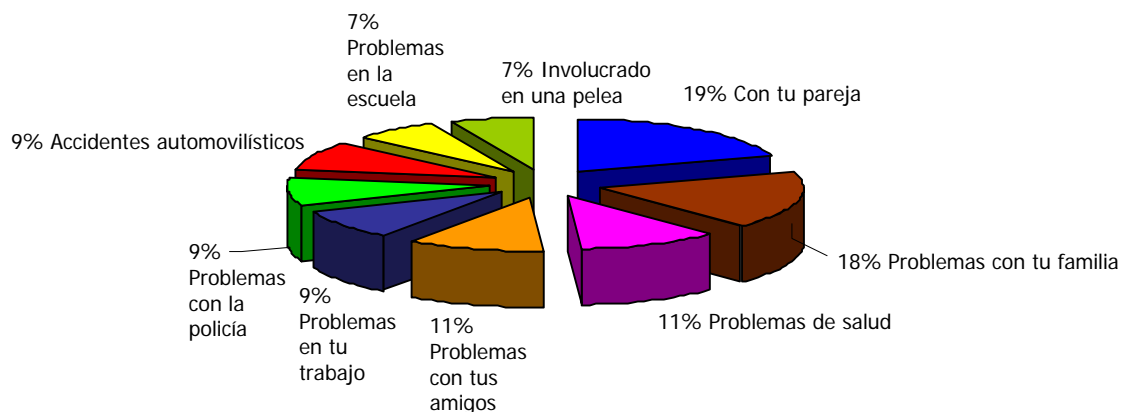


Figura 39. Tasa de alumnos que han presentado problemas debido al consumo de alcohol



Es importante señalar que de los 66 alumnos que refieren el consumo de alcohol, el 68 por ciento de ellos, es decir, 45 alumnos, refieren haber presentado algún problema relacionado con el consumo de alcohol (Ver figura 39), entre los que podemos mencionar a los problemas con su pareja, en nueve alumnos (19 por ciento) y problemas de salud en ocho alumnos (18 por ciento), un pequeño porcentaje, (el siete por ciento) indica haber tenido problemas en la escuela, o con las autoridades policiacas. (Ver figura 40)

Figura 40. Porcentaje de problemas presentados por los alumnos debido al consumo de alcohol



Refiriéndonos a la percepción que tienen los alumnos acerca del consumo de alcohol, se investigó su postura de acuerdo a variables utilizadas en la encuesta nacional de adicciones, permitiendo que los estudiantes pudiesen verter todas opciones con las que se identificaran, obteniendo como respuestas significativas que el 71 por ciento de ellos, es decir, 92 alumnos, piensan que beber es malo para la salud, y que el 61 por ciento, esto es, 79 estudiantes, consideran que debería haber más información acerca de los daños que provoca beber.

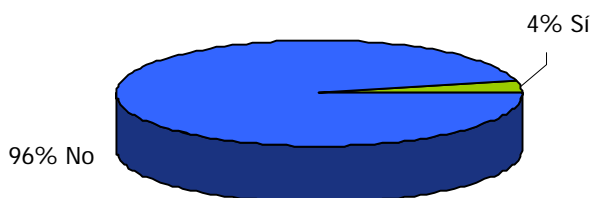
Sin embargo, podemos también una contradicción en el conocimiento acerca del consumo de alcohol, ya que existe un porcentaje muy cercano, es decir, 55 por ciento y 55 por ciento respectivamente, que consideran que beber es un vicio y a la vez que el alcoholismo es una enfermedad. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Percepción de los alumnos respecto al alcohol

Percepción	%
Beber es malo para la salud	71
Debería haber más información acerca de los daños que provoca beber	61
Beber es un vicio	55
El alcoholismo es una enfermedad	55
Los anuncios de bebidas en la televisión influyen para que la gente beba	42
Beber relaja y tranquiliza	7
Beber es una forma de estar divertido	5
Es bueno beber	2
Toda la gente debería beber	0.80

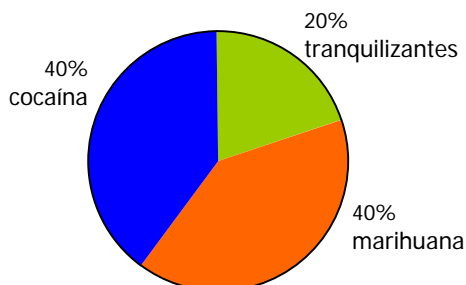
Entre los adolescentes la prevalencia de uso habitual de cocaína puede alcanzar entre uno por ciento y cinco por ciento (OPS ,2005). Entre los alumnos de la facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, el consumo de drogas ilícitas fue reconocido en el cuatro por ciento de ellos, cifra que corresponde a cinco alumnos del total de la población. (Ver figura 41)

Figura 41. Porcentaje de consumo de drogas ilegales entre los alumnos de la Facultad de Estadística



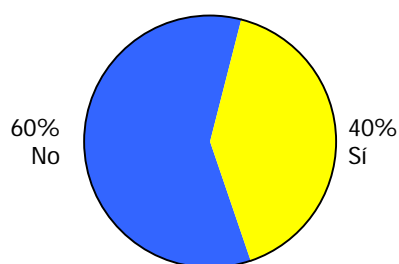
El tipo de drogas manifestadas como consumidas por lo cinco alumnos referidos, se ubicaron en: 40 por ciento (dos alumnos) correspondientes a marihuana, 40 por ciento (dos alumnos) a cocaína y 20 por ciento (un alumno) al consumo de tranquilizantes sin prescripción médica. (Ver figura 42)

Figura 42. Tipo de drogas ilegales utilizadas por los alumnos de la Facultad de Estadística



Entre los alumnos que refirieron consumir drogas o sustancias ilícitas, se cuestionó si habían presentado algún problema por dicho consumo, obteniendo como respuesta que un alumno presentó problemas en la escuela y uno más problemas de salud al presentársele lagunas mentales, lo que corresponde al 40 por ciento del total de alumnos que consumen droga. (Ver figura 43)

Figura 43. Porcentaje de alumnos de la Facultad de Estadística que han tenido problemas por el consumo de drogas ilegales



Consumo de drogas ilegales y otras sustancias tóxicas

Entendemos por el concepto anterior al consumo de sustancias medicamentosas, naturales o sintéticas de efecto estimulante, deprimente o narcótico que se realiza fuera de la ley. La Organización Panamericana de la Salud indica que los problemas asociados al uso de drogas se encuentra en aumento en América Latina, así la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en las Américas. Se estima que existen alrededor de 45 millones de consumidores en la Región.

Contrariamente a la creencia popular, el consumo de marihuana crea dependencia y acarrea importantes problemas de salud. La proporción de la población de la región que ha consumido marihuana alguna vez en su vida varía de dos por ciento en Paraguay y la República Dominicana a 17 por ciento en Chile y 35 por ciento en los Estados Unidos. La cocaína es la segunda droga más consumida. En la mayor parte de los países, entre uno por ciento y cuatro por ciento de la población ha consumido cocaína alguna vez en la vida. En los Estados Unidos esta cifra es alrededor de once por ciento. Este consumo, no obstante, se concentra en los adolescentes y adultos jóvenes de menor nivel socioeconómico.

Salud mental

Las condiciones de salud mental tales como autoestima, depresión y otros trastornos de la conducta fueron incluidas como variables ya que son un factor de riesgo que contribuye a problemas interpersonales, desintegración familiar, consumo de drogas, alcoholismo, tabaquismo, agresiones y accidentes entre los estudiantes, mediante una evaluación de cada uno de los alumnos con respecto a sus relaciones interpersonales, obtuvimos los siguientes datos. (Ver tabla 5)

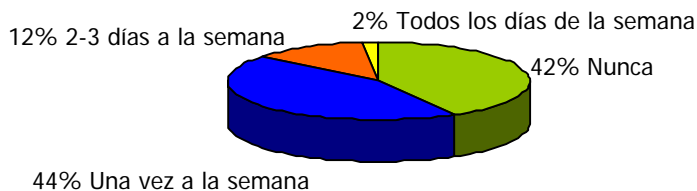
Tabla 5. Percepción de los alumnos con respecto a la relación con su entorno social

	Bien	Regular	Mal
Consigo mismo	80%	18%	2%
Amigos	75%	25%	0
Vida religiosa	71%	22%	7%
Su familia	80%	18%	2%
Servicios de salud que dispone	54%	38%	8%
Situación económica	49%	45%	6%
Estudios	47%	50%	3%

Pareja	60%	25%	15%
Maestros	51%	46%	3%

En la tabla 5 se puede apreciar que con respecto a la percepción de los alumnos con su entorno social para los servicios de salud, su situación económica y sus estudios es percibida como regular, teniendo un apoyo en su familia, en sus amigos y con su vida religiosa, proporcionándole factores protectores.

Figura 44. Frecuencia de depresión manifestada por los alumnos



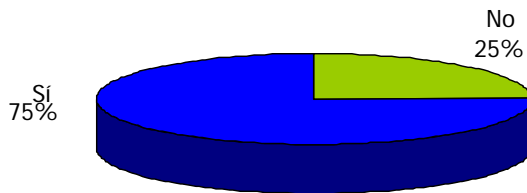
Es notable en la figura 44 que solo 42 por ciento (32 alumnos) refieren nunca deprimirse, mientras que el resto 58 por ciento (98 alumnos) tiene depresión por lo menos una vez a la semana.

Tabla 6. Causas de depresión de los alumnos

Problemas familiares	24%
Problemas con su pareja	33%
Problemas con sus maestros	9%
Problemas con sus compañeros	9%
Problemas económicos	19%
No le gusta la carrera	9%
otras	12%

Algunas causas manifestadas en relación a la depresión se indican en la tabla 6, son destacables los problemas familiares y con la pareja, dentro de otros problemas manifestados se incluyen referidos a sí por los alumnos como problemas de autoestima baja, el extrañar a su familia, muerte de familiares, no le gusta la carrera que está cursando, problemas personales o sin ningún motivo.

Figura 45. Alumnos que manifiestan tener dificultades con su carrera



Con respecto a su desempeño escolar y como un factor determinante para su bienestar mental los alumnos manifestaron (Ver figura 45) en un 75 por ciento (58 alumnos) tener dificultades con su carrera, especificando como las causas las que se describen en la siguiente tabla, destacando los problemas por falta de comprensión de la materia seguido de los malos hábitos de estudio. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Factores determinantes de los problemas con la carrera de estudio

Malos hábitos	45%
Problemas de comunicación con sus maestros	24%
Problemas por falta de comprensión de la materia	56%
Formación previa deficiente	25%
Otra	12%

Dentro de otras causas manifestadas por los alumnos para los problemas con la carrera, fueron el consumo de drogas, estrés y malas técnicas pedagógicas.

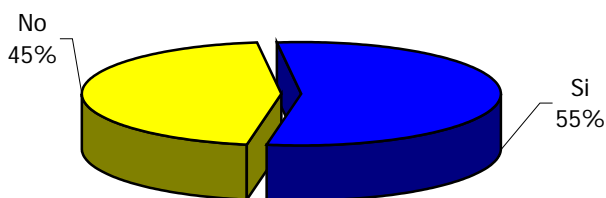
Salud reproductiva del estudiante

Los estudios sobre el desarrollo han demostrado que la formación de actitudes se inicia en los primeros años de la vida de una persona. Mucho antes de llegar a la edad escolar, los niños ya tienen conocimiento sobre las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, y tienen su propia actitud con respecto al comportamiento y al modo de vida. La edad promedio de iniciación de las relaciones sexuales en la Región de las Américas es de 14 años y 50 por ciento de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos.

Los estudios muestran que, en su mayoría, los jóvenes de 20 años han tenido varias parejas sexuales sin ninguna protección para prevenir las infecciones de transmisión sexual o el embarazo (OPS, 2005), aunque la prevalencia del uso de anticonceptivos ha aumentado en América Latina y el Caribe, esto se debe predominantemente a un mayor uso por parte de las mujeres. El método de uso más frecuente es la píldora anticonceptiva, seguida del dispositivo intrauterino (DIU) y de los condones. Un nutrido número de mujeres practica todavía la abstinencia periódica, el método del ritmo, el coito con retiro o la ducha vaginal como método anticonceptivo. La mayoría de los clientes de los servicios de planificación familiar en el sector público siguen siendo mujeres; sin embargo, se ha comprobado un aumento del uso de anticonceptivos modernos entre los adolescentes y los hombres (OPS, 2005).

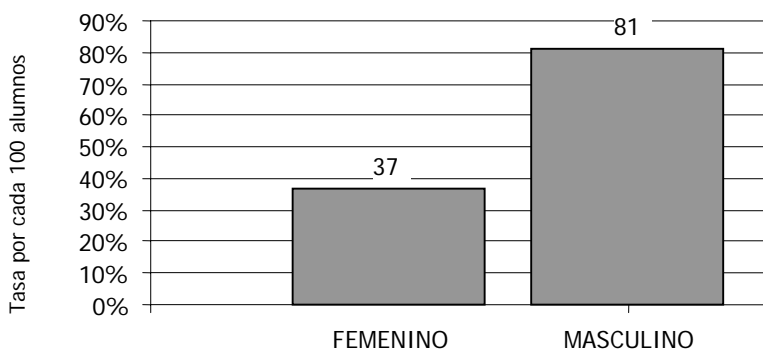
Con lo que respecta a los alumnos de la facultad de Estadística, la población que refiere haber iniciado o mantener una vida sexual activa corresponde al 55 por ciento del total, lo que significan 71 estudiantes del total de la población (Ver figura 46).

Figura 46. Porcentaje de alumnos de acuerdo a condición de actividad sexual



Si analizamos las tasas en las que se presenta la condición de actividad sexual de acuerdo al sexo de los alumnos, es notable la diferencia entre ambos, ya que en el sexo masculino, existe una tasa de 81 que mantienen una vida sexual activa, por cada 100 estudiantes hombres; en contraparte con el sexo femenino, quienes cuentan con una tasa de 37 alumnas con vida sexual activa por cada 100 de ellas. (Ver figura 47)

Figura 47. Tasa de alumnos de acuerdo al sexo y condición de actividad sexual



Investigamos también el uso de anticonceptivos entre la población que se refirió sexualmente activa (71 alumnos), observando que si bien, la gran mayoría de los estudiantes utilizan algún método de anticoncepción (86 por ciento), existe una cifra importante de catorce por ciento, es decir diez alumnos, que no utilizan ningún tipo de método a pesar de mantener actividad sexual. (Ver figura 48)

Figura 49. Porcentaje de alumnos con vida sexual activa que utilizan métodos anticonceptivos

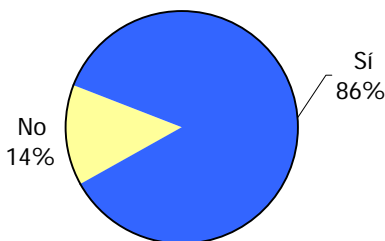
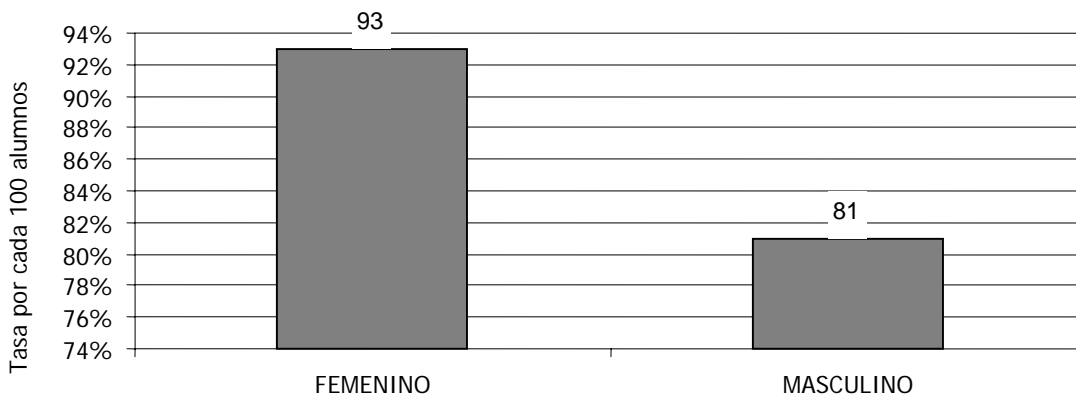


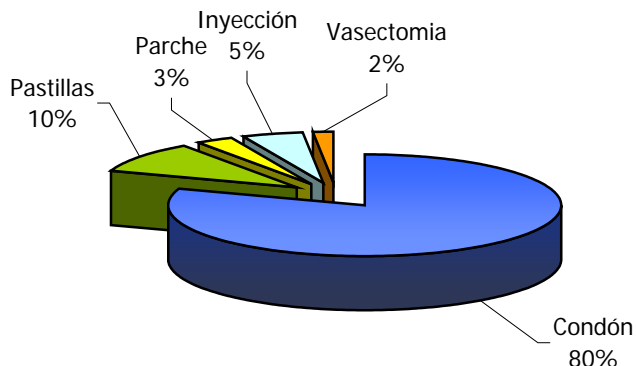
Figura 49. Tasa de alumnos de la Facultad de Estadística que utilizan método anticonceptivo de acuerdo al sexo



En cuanto a la tasa de utilización de algún método de anticoncepción de acuerdo al sexo de los estudiantes, como se puede observar en la figura 49, las mujeres son quienes los utilizan en mayor porcentaje, ya que 93 de cada 100 alumnas con vida sexual activa, utilizan método de anticoncepción; en contraparte con los varones, quienes por cada 100 estudiantes con vida sexual activa, 81 utilizan algún método anticonceptivo. Con respecto al tipo de método utilizado, encontramos que la mayoría de ellos utilizan el condón, esto es, 49 alumnos de los que mantienen vida sexual, divididos en 38 hombres y once mujeres; porcentaje importante, ya que también es utilizado como método para prevenir enfermedades de transmisión sexual. Son seguidos

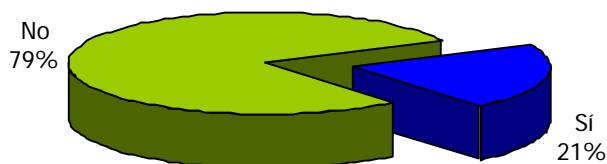
en el uso por las pastillas anticonceptivas, utilizado por seis alumnas; es notable la presencia de una vasectomía como método de anticoncepción (Ver figura 50).

Figura 50. Tipo de método anticonceptivo que utilizan los alumnos de la facultad de Estadística



Al cuestionar entre los estudiantes que mantienen actividad sexual, si lo hacían con más de una pareja, el 21 por ciento de ellos respondió afirmativamente, es decir, quince alumnos de 71 que refieren actividad sexual, sostienen relaciones sexuales con 2 o más personas (Ver figura 51).

Figura 51. Porcentaje de alumnos de la Facultad de Estadística con actividad sexual y más de una pareja sexual



Al respecto de las infecciones de transmisión sexual, los alumnos de la facultad de Estadística con vida sexual iniciada, reconocen que el cinco por ciento de ellos ha cursado con algún tipo de esta enfermedad (Ver figura 52), es decir, siete personas de 71 que mantienen actividad sexual. Respecto al tipo de enfermedad cursada, se registró una infección por virus del papiloma humano y otra más por gonorrea, mientras que los cinco alumnos restantes no saben identificar el tipo de infección que cursaron (Ver figura 53).

Figura 52. Porcentaje de alumnos que refieren haber cursado una infección de transmisión sexual

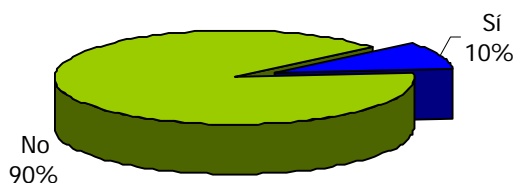


Figura 53. Tipo de infección de transmisión sexual cursada por los alumnos

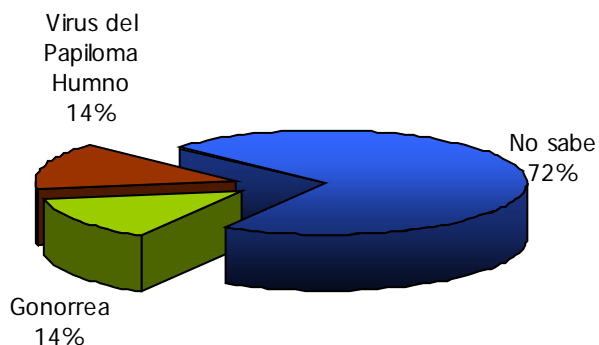
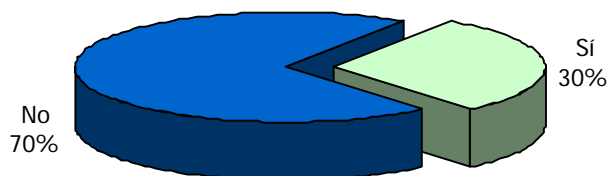
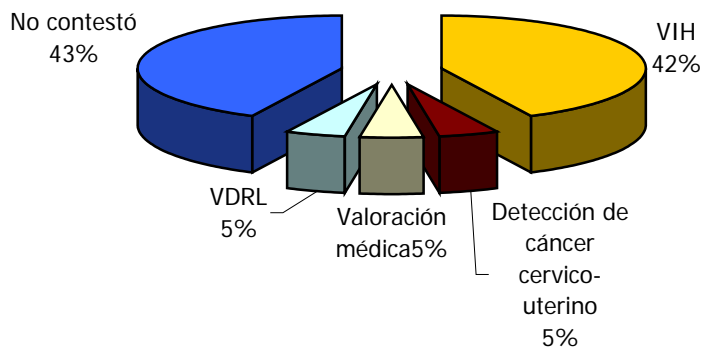


Figura 54. Porcentaje de alumnos que se han realizado algún examen para detección de infección de transmisión sexual



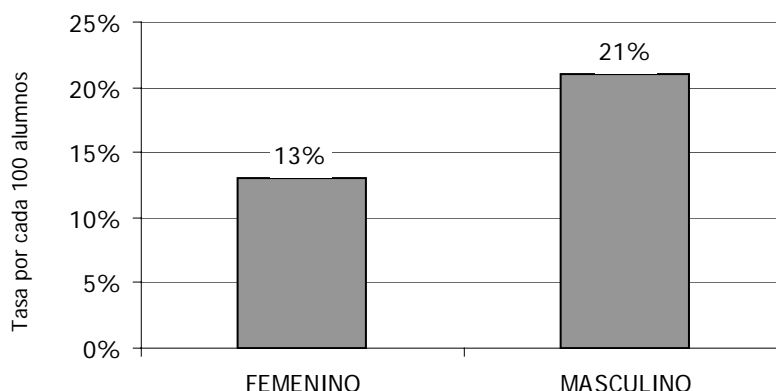
Se preguntó a los estudiantes con actividad sexual si se habían realizado algún tipo de examen para detectar infecciones de transmisión sexual, a lo que 50 de ellos contestaron que no correspondiente al 70 por ciento (Ver figura 54), de entre los que se realizaron algún examen (21 alumnos), nueve indican que se realizaron detección del virus de la inmunodeficiencia humana, sin embargo, es importante señalar en este rubro, que nueve alumnos más no saben identificar el tipo de examen que se realizaron con este fin (Ver figura 55).

Figura 55. Tipo de examen para detección de enfermedad de transmisión sexual que se han realizado los alumnos



Llevando los datos anteriormente señalados a su identificación de acuerdo al sexo de los estudiantes, observamos que son los varones quienes tienen una mayor tasa de incidencia de infecciones de transmisión sexual, ya que las cursan 6 de cada 100 estudiantes con vida sexual activa. En el caso de la realización de exámenes para la detección de infecciones de transmisión sexual, podemos observar en la figura 56 que son también los alumnos hombres quienes se realizan mayor proporción de este tipo de exámenes, ya que 21 de cada 100 varones que mantienen vida sexual activa se han realizado algún tipo de detección.

Figura 56. Tasa de alumnos que se han realizado algún examen para detección de enfermedad de transmisión sexual de acuerdo al sexo



Higiene dental

Por otro lado, en lo que se refiere a los hábitos de higiene dental de los alumnos encontramos que un 56 por ciento cepilla sus dientes más de tres veces al día, en contraste un 30 por ciento que cepilla sus dientes de una a dos veces al día (Ver Figura 57). En cuanto a las visitas que realizan anualmente los alumnos al dentista tenemos que quince por ciento de los alumnos no acude ni una sola vez y en 18 por ciento sólo va cuando tiene algún tipo de problema dental, contrariamente un 16 por ciento acude más de dos veces al año, tal como se observa en la Figura 58.

Figura 57. Porcentaje de alumnos según cepillado de dientes al día

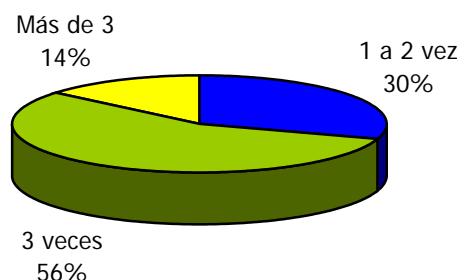
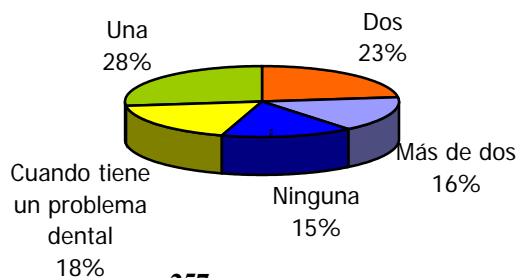


Figura 58. Porcentaje de alumnos según visitas al dentista al año

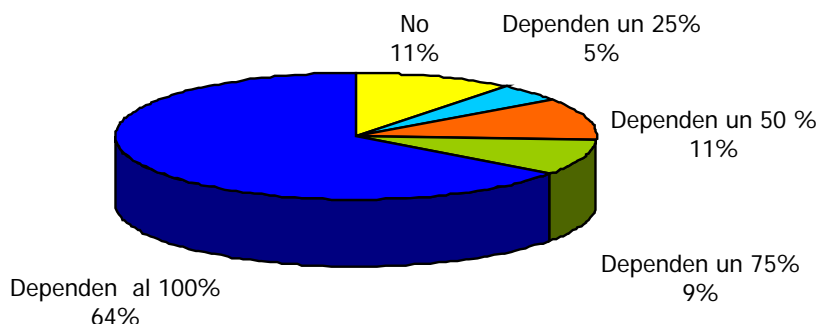


Características económicas de la población

La población estudiantil por sus características es considerada como una población económicamente inactiva, sin embargo, existen algunas excepciones, pues en algunos casos los alumnos a parte de sus actividades estudiantiles también desempeñan actividades laborales, es así que se exploró este aspecto en los alumnos.

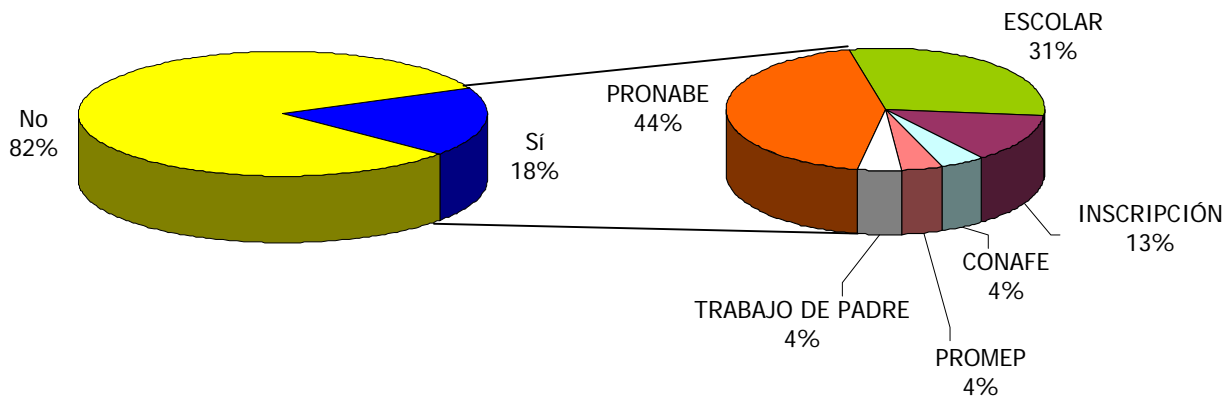
Al preguntarle a los alumnos en qué porcentaje dependen económicamente de su familia, el 64 por ciento dijo que depende al 100 por ciento, mientras que el once por ciento de ellos dice que no dependen económicamente de su familia, tal como se observa en la Figura 59

Figura 59. Porcentaje de alumnos por porcentaje de dependencia económica



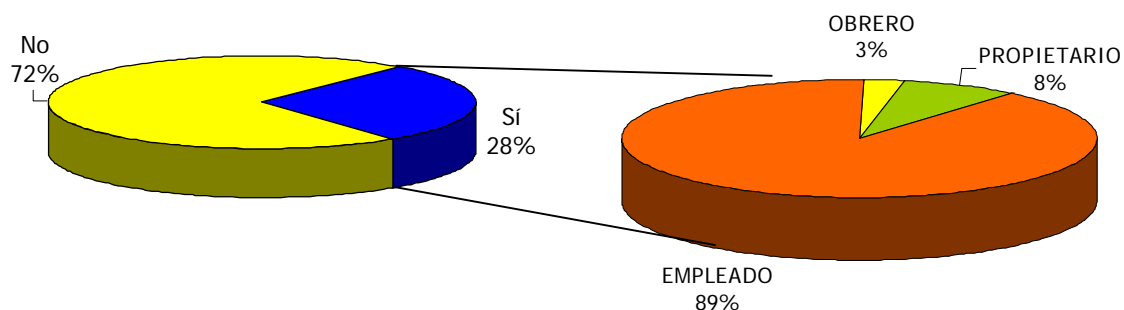
Acerca de los alumnos que dijeron tener algún tipo de beca, correspondiente a un 18 por ciento, el 44 por ciento tiene una beca PRONABES (el monto de esta beca fluctúa entre 700.00 y 1 000.00 pesos mensuales, dependiendo del semestre que curse el estudiante) y un cuatro por ciento beca de CONAFE, al igual que otro cuatro por ciento con beca PROMEP, tal como se aprecia en la Figura 60.

Figura 60. Porcentaje de alumnos según tipo de beca



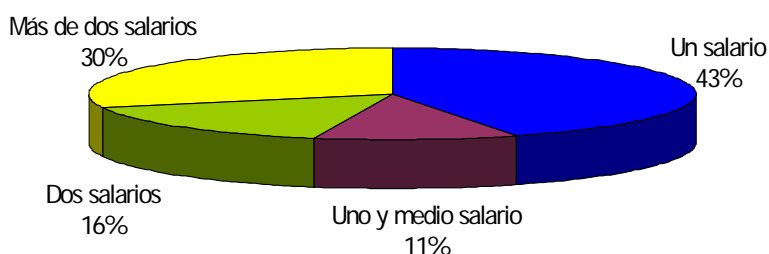
Del total de alumnos encuestados, el 28 por ciento de ellos trabaja, de los cuales el 75 por ciento son empleados, seguido por un 25 por ciento son propietarios de un negocio y tres por ciento como obreros tal como se puede apreciar en la Figura 61.

Figura 61. Alumnos según porción que trabaja de acuerdo a situación en el trabajo



De los alumnos que trabajan el 43 por ciento percibe un salario mínimo, y el 30 por ciento más de dos salarios mínimos, tal como se observa en la Figura 62.

Figura 62. Alumnos según salarios mínimos que perciben



Recursos para la salud

Respecto a la población que nos ocupa, es importante señalar que la totalidad de los alumnos de la Facultad de Estadística cuenta con el derecho de acceder al Instituto Mexicano de Seguro Social por parte de la Universidad Veracruzana, además de que dicha Institución, también ofrece servicios para la salud ubicados en la Unidad de Ciencias de la salud al que pueden acudir todos los alumnos. Por otro lado, existe además el Centro de Atención Integral para el Estudiante Universitario (CENATI), perteneciente también a la Universidad, quien ofrece servicios de promoción y educación para la salud, asesorías psicológicas y prevención de enfermedades de transmisión sexual entre otros servicios. Es precisamente este centro, quien ha instalado recientemente a finales del año 2005, una condonera dentro de las instalaciones de la Facultad de Estadística, a la que todos los alumnos tiene acceso a un bajo costo.

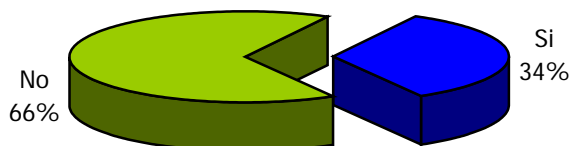
Proporción de población con acceso a servicios de Salud, según derechohabiencia

En este apartado, nos referimos al tamaño de la población estudiantil que tiene acceso a servicios de salud por derechohabiencia, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad del año, pudiendo pertenecer a:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- Petróleos Mexicanos (PEMEX).
- Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
- Secretaría de Marina (SM).

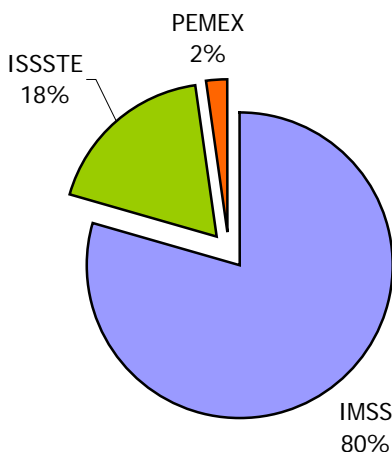
Bajo estas premisas, cuestionamos a los estudiantes acerca de contar con una derechohabencia adicional a la proporcionada por la universidad, respondiendo afirmativamente el 34 por ciento de ellos (44 alumnos) (Ver figura 63).

Figura 63. Porcentaje de alumnos que cuentan con derechohabencia adicional a la proporcionada por parte de la Universidad



Respecto al tipo de derechohabencia adicional con que cuentan los 44 estudiantes de la facultad mencionados, encontramos que un 80 por ciento de ellos (35 alumnos) tiene acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por parte de otro nexo alterno, ocho alumnos más son derechohabientes del Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores de Estado (ISSSTE) y un alumno puede acudir a los servicios médicos otorgados por PEMEX (Ver figura 64).

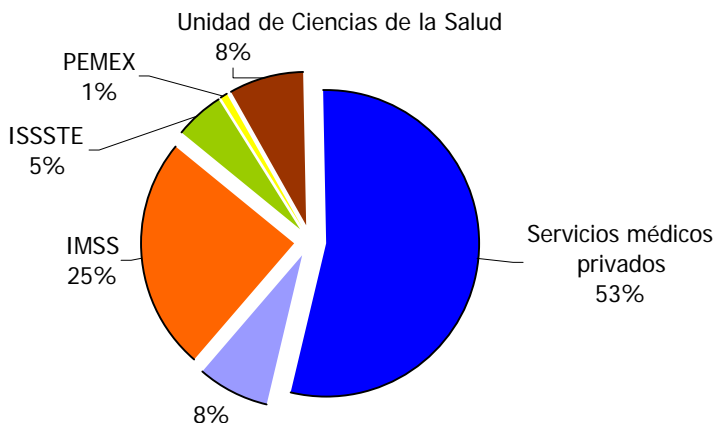
Figura 64. Tipo de derechohabencia con que cuentan los alumnos de la Facultad de Estadística



Por otra parte es importante señalar, que si bien, los alumnos cuentan con acceso a todos los servicios mencionados, al cuestionar al total de la población estudiantil acerca del tipo de Servicio médico que utilizan, mencionan en un 53 por ciento (70 alumnos) que hacen uso de los servicios médicos privados, 32 estudiantes refieren acudir al IMSS, 10 alumnos a los servicios médicos que otorgan en la unidad de Ciencias de la Salud, siete acuden al ISSSTE y un alumno más a PEMEX (Ver figura 65).

De entre los diez alumnos restantes, mencionan que tres acuden a los servicios que proporciona la Secretaría de Salud, uno más tiene acceso al programa Oportunidades, cuatro de ellos se automedica al estar enfermo y los últimos dos alumnos no han utilizado ningún tipo de servicio o práctica relacionada a la salud.

Figura 65. Tipo de servicio médico que utilizan los alumnos de la Facultad de Estadística



Al analizar la información relacionada con el tipo de derechohabiencia adicional con que refieren contar 44 estudiantes de la Facultad de Estadística y realizar un cruce para verificar el tipo de servicio que utilizan estos estudiantes a pesar de su derechohabiencia, pudimos observar como datos relevantes, que de un total de 35 alumnos que tienen acceso al IMSS, sólo el 54 por ciento acude a éste (19 alumnos) y un 43 por ciento (quince alumnos), acude a servicios médicos privados. Con lo que respecta a los derechohabientes del ISSSTE, el 75 por ciento, es decir seis alumnos, acuden a esta Institución y el 25 por ciento de ellos a servicios médicos privados. En cuanto a los servicios médicos que ofrece PEMEX, sólo tenemos un derechohabiente que acude a dichos servicios.

DISCUSIÓN

Las instalaciones de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana esta ubicada en una zona céntrica de la ciudad que la hace accesible a través de el auto transporte, en su periferia cuenta con una gran variedad de servicios y pequeños comercios, tales como papelerías, establecimientos de renta de Internet, a demás escuelas y un hospital.

La población estudiantil se caracteriza por ser predominantemente femenina para el primer semestre de la carrera en una proporción mínima, sin embargo para el séptimo semestre, esta condición se invierte; es importante señalar que la población está constituida por un número total de 78 mujeres y 52 hombres. Por otra parte cabe mencionar que las edades de los alumnos fluctúan de los 18 hasta los 50 años, con un promedio de 21 años de edad. En cuanto al estado civil, podemos agregar que el 94 por ciento de la población es soltera, y el resto de la población se encuentra casada o en unión libre, no representando entre sexos una diferencia de esta condición.

Una gran proporción de los alumnos ingresan a cursar la carrera por invitación de la propia facultad, es decir es planteada como segunda opción en su ingreso a la universidad, pudiendo ser esto último un motivo para la deserción, es así que durante el transcurso de la carrera se observa un gran porcentaje de descenso en la población estudiantil.

En cuanto al lugar de nacimiento la gran mayoría de los alumnos es originaria del Estado de Veracruz, siendo esta condición prácticamente igual para la entidad federativa previa al ingreso a los estudios universitarios. Actualmente el 74 por ciento radica en la ciudad de Xalapa, y el resto en poblaciones circunvecinas. El 67 por ciento del total de la población vive en el núcleo familiar y el resto con familiares o solos.

En cuanto a la religión que manifestaron profesar los alumnos tenemos que el 77 por ciento profesa alguna, dentro de las cuales tenemos la gran mayoría como católica. Por otra parte el 16 por ciento pertenece a alguna asociación de tipo estudiantil.

Con lo que respecta a las condiciones del inmueble, en la percepción de los alumnos, se destaca que los sanitarios son considerados inadecuados en un 31 por ciento, en contraparte, los patios son considerados por un 54 por ciento como adecuado. Las instalaciones fueron catalogadas como desagradables siendo las principales causas la falta de mantenimiento de las instalaciones y basura, a pesar de que se realiza un servicio de limpieza y de recolección de manera diaria, lo expuesto representa un factor de riesgo para generar enfermedades relacionadas al bienestar mental.

Las condiciones de acceso a los alimentos con los que cuentan los alumnos son la cafetería escolar, comercios ambulantes y establecidos, estos últimos comprenden tiendas y farmacias, en donde a decir por ellos los alimentos que consumen en dichos lugares son inadecuados para su salud en un 57 por ciento, esto a su vez es relacionado con algunas enfermedades ya que por cada 100 alumnos que consumieron alimentos en comercios ambulantes enfermaron 60, de alguna infección gastrointestinal. Por otra parte los alimentos que se expenden son industrializados, con alto contenido de grasas o azúcares, causando un factor de riesgo para la malnutrición de los alumnos. Así mismo relacionando esto con la frecuencia de consumo de alimentos encontramos que los alumnos consumen dulces o golosinas más de cuatro veces por semana, así como refrescos o bebidas embotelladas y alimentos congelados o industrializados, por acceso entre clases, dichos hábitos de alimentación propician un factor de riesgo para la obesidad y enfermedades crónicas degenerativas.

Con respecto a las causas de morbilidad que cursaron los alumnos en el periodo de julio-diciembre 2005, referidas por ellos mismos encontramos que la mayor proporción es representada por las infecciones respiratorias agudas siendo padecidas por el 72 por ciento de los alumnos, guardando una relación idéntica con la primera causa de morbilidad para el municipio de Xalapa durante el año 2004 para el grupo de edad de quince a 24 años (SUIVE, 2004). Un factor de riesgo para lo anterior lo constituye el hecho de que las instalaciones de la facultad son consideradas frías por el 11 por ciento de los estudiantes, aunado que para el periodo invernal el clima de la ciudad se caracteriza por temperaturas bajas. La segunda causa de morbilidad referida por los estudiantes son las infecciones gastrointestinales, coincidiendo de igual forma con el SUIVE, 2004; en este mismo sentido los alumnos mencionaron haber cursado esta patología a causa del consumo de alimentos en comercios ambulantes de la periferia de la facultad. El estrés se manifestó como la tercera causa más importante de morbilidad entre los alumnos.

Tomando como base que los accidentes constituyeron la quinta causa de mortalidad para el municipio de Xalapa durante el periodo del año 2004, para el grupo de edad de quince a 24 años de edad (CIE-10, 2004), se cuestionó a los alumnos al respecto, encontrando que solo el cinco por ciento refirió haber sufrido algún tipo de accidente durante el periodo de julio-diciembre del 2005, de los cuales la mayoría se originaron al practicar deportes.

Los estilos de vida tienen que ver con los hábitos y costumbres (sedentarismo, tabaquismo, dietas hipercalóricas) que se practican y que determinan las condiciones de salud de una población, por ello se decidió analizar los siguientes comportamientos en la población estudiantil.

El sedentarismo es considerado como un factor de riesgo de obesidad y enfermedades crónicas degenerativas, así como causa de enfermedades del corazón, cerebro vasculares (ubicadas en las diez principales causas de mortalidad CIE-10 del año 2004, para el grupo de edad de quince a 24 años), así como el estrés y depresión; por tal importancia se analizaron las características de la actividad física que realizan los estudiantes, encontrando que un 59 por ciento realiza algún tipo de actividad, de los cuales sólo

el 28 por ciento son considerados como no sedentarios. En este mismo sentido se encontró que el 55 por ciento de los estudiantes percibe a su condición física como inadecuada. El estado nutricional inadecuado, de igual manera forma parte de los riesgos de padecer enfermedades crónico degenerativas, aunado esto al sedentarismo encontramos que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 27 por ciento del total de la población, con una tasa para las mujeres de 21 y para los hombres de 35 por cada 100 alumnos, los resultados anteriores son atribuibles a la frecuencia de consumo de alimentos poco saludables.

Otro factor de riesgo considerado para este diagnóstico fue el consumo de tabaco entre los alumnos, debido a que es en esta edad de acuerdo a las estadísticas de la OPS en que se inicia el consumo de tabaco. Además el tabaquismo forma parte de las causas de padecimientos como infecciones respiratorias, neoplasias y patologías cardiovasculares, mencionadas dentro del CIE-10 2004 y el SUIVE 2005, dentro de las diez principales causas de mortalidad y morbilidad respectivamente, por otra parte de acuerdo con la OPS el tabaquismo es considerado como la causa de millones de muertes anuales en el mundo. Al investigar sobre el consumo de tabaco en los estudiantes, se encontró presente en el 25 por ciento de la población, sendo la tasa de consumo mayor entre los hombres, de 33 por cada 100 hombres, con respecto a las mujeres encontramos que ésta es de 21 por cada 100 alumnas. La tasa de consumo de acuerdo a la edad es mayor entre la población de 22 años de edad, así mismo la tasa de consumo de acuerdo al semestre, predomina para el primer semestre, la mitad de la población de los alumnos consumidores refieren hacerlo eventualmente; la principal razón para iniciar dicho consumo fue en relación a que algún miembro de la familia fuma. En relación a la percepción que tiene la población estudiantil en general sobre el consumo de tabaco es que es dañino para la salud en un 91 por ciento. Es importante mencionar que sólo un pequeño porcentaje de la población estudiantil refiere que el humo de tabaco es un factor de contaminación dentro de sus instalaciones.

En relación a las adicciones, el consumo de alcohol entre los alumnos de la facultad es de prácticamente la mitad de la población, con una tasa de consumo mayor entre los varones (59 por cada 100 hombres) que entre las mujeres (41 por cada 100 mujeres). La edad de consumo predominante es entre los 22 y 23 años de edad para ambos sexos. A causa del consumo anterior la mayoría de los alumnos consumidores destacan tener problemas principalmente con su pareja y de salud no especificados. La percepción del total de los alumnos de la facultad hacia el consumo de alcohol fue principalmente que beber es malo para la salud, es importante mencionar que la mitad de la población considera al mismo tiempo que beber es un vicio y que el alcoholismo es una enfermedad, lo que refleja una falta de información al respecto. Por otra parte aunque el consumo de alcohol esta relacionado con la incidencia de accidentes y agresiones (principales causas de mortalidad para este grupo de edad) en esta investigación no se encontró dicha relación.

Otra adicción investigada en este diagnóstico fue el consumo de drogas ilegales, que en esta población comprende el cuatro por ciento, el tipo de drogas consumidas son marihuana, cocaína, y tranquilizantes no prescritos, las dos primeras coinciden con el patrón de consumo referido por OPS. Menos de la mitad de la población que consume drogas manifiesta algún problema originado por su adicción, dentro de las que se destacan problemas escolares y de salud.

En la exploración de la salud mental de los alumnos, se encontró que de acuerdo con su percepción al respecto algunos aspectos que tienen que ver con como se sienten consigo, con sus amigos, su vida religiosa, su familia y con su pareja manifestaron tener una relación buena, por otra parte al manifestar su frecuencia y factores de depresión encontramos que existe una contradicción, pues el 58 por ciento refieren deprimirse por lo menos una vez a la semana, siendo las causas problemas familiares, con su pareja y económicos principalmente.

Otra condicionante que se halló para analizar la salud mental fue su percepción en relación a su carrera, encontrando que el 75 por ciento refiere tener dificultades por malos hábitos de estudio y falta de

comprensión de la materia principalmente, pudiendo ser esto último una causa de bajo rendimiento escolar y que a su vez pudiera estar directamente relacionado con que un bajo porcentaje de los alumnos cuenta con algún tipo de beca escolar.

En el análisis de la salud reproductiva de los alumnos de la facultad, y por ser este un factor que genera comportamientos de riesgo para la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH/SIDA y embarazos no planeados, más de la mitad de los alumnos que refirieron tener vida sexual activa, entre los que encontramos una tasa considerablemente mayor entre la población masculina, es importante señalar que el catorce por ciento de toda la población que mantiene vida sexual no utiliza un método de anticoncepción o de protección, lo que los hace vulnerables a las patologías ligadas a estas prácticas además de embarazos no planeados, así mismo se encontró que la tasa de utilización de métodos anticonceptivos es mayor entre las mujeres. Con respecto al tipo de métodos anticonceptivos utilizados predomina el condón.

El 21 por ciento de la población que mantiene vida sexual activa lo hace con más de una persona, siendo esta una práctica de riesgo. Por otra parte al indagar en la población con vida sexual activa la realización de algún examen para la detección de enfermedades de transmisión sexual, menos de una tercera parte de los alumnos refirieron haberse realizado un examen de este tipo, en mayor proporción los varones; entre los que predomina la prueba para detección de Virus de Inmunodeficiencia Humana. Menos de la mitad de esta población desconoce el tipo de examen que le realizaron.

Al respecto encontramos que el cinco por ciento con vida sexual activa ha cursado con alguna ITS, presentándose la menor proporción entre las mujeres; es destacable que tres cuartas partes de los que han enfermado no identifica el tipo de patología cursada.

En otro apartado del diagnóstico se analizó la higiene dental de los estudiantes, encontrando que sólo una tercera parte de los estudiantes tienen un mal hábito de higiene dental, cepillando sus dientes de una a dos veces al día únicamente, y sólo un 23 por ciento realiza dos visitas al dentista al año.

La forma en que se racionan los individuos con el sistema económico tiene una fuerte influencia con el tipo de patologías que presenta. A cada condición de existencia de vida material corresponde una particular forma de enfermar y morir.

Aunque los estudiantes están ubicados en la estructura económica de la población dentro del potencial de trabajo, es decir esta incluida en el grupo de doce años y más aptos para el trabajo es considerada como PEI (Población Económicamente Inactiva), esto porque no está orientada hacia la economía. Sin embargo en la realización de este diagnóstico se halló que el 28 por ciento de los alumnos se encuentra participando en actividades económicas. Esta proporción de la población de acuerdo a su situación en el trabajo se encuentra distribuida en un 89 por ciento como empleado; en cuanto al sueldo percibido tenemos que el 43 por ciento percibe sólo un salario mínimo, y sólo un 30 por ciento percibe más de dos salarios mínimos, por esto último podemos afirmar que el tipo de patologías que están presentando los estudiantes está determinando por el factor económico entre otros pues, por ejemplo las infecciones respiratorias son asociadas a un bajo ingreso económico de los individuos.

En cuanto a los recursos para la salud se destaca que todos los alumnos que se inscriben a la Universidad Veracruzana cuentan con un seguro facultativo otorgado por el IMSS, en la población analizada encontramos que una tercera parte cuenta con algún otro tipo de derechohabencia, entre la que destaca el IMSS, duplicando este servicio y los gastos en salud que esto implica, es destacable que prácticamente la mitad de ellos prefiere utilizar servicios médicos privados, pudiendo relacionar esta demanda a la percepción manifestada por los alumnos que consideran inadecuados los servicios médicos con los que disponen. Dentro

de los servicios médicos que efectivamente utiliza la población resalta en más del 50 por ciento la demanda de servicios médicos privados, lo cual es similar a la expresión a nivel nacional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir del ejercicio para la elaboración de un diagnóstico que permitiera analizar las condiciones actuales de salud de los estudiantes de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, se exploraron aspectos importantes de los factores y comportamientos de riesgo, partiendo de características generales de la población, hasta aspectos específicos que estuvieran afectando o modificando su situación de salud (ver anexo 2), mediante dicho ejercicio se obtuvieron datos valiosos que permitieron dar un panorama amplio para el logro del objetivo general de este diagnóstico, es por estos motivos que se recomienda la aplicación periódica de este ejercicio en diferentes momentos para dar seguimiento a la situación de salud de los estudiantes mediante el diseño y establecimiento de medidas de intervención en relación a las áreas de oportunidad detectadas o bien con la participación de la población estudiantil, a través de técnicas de grupos focales; promover la salud entre los estudiantes por medio de cursos o talleres con la intención de modificar estilos de vida no saludables, fomentar la salud a través de eventos como ferias universitarias, así mismo facilitar la difusión de esta investigación a través de medios impresos y electrónicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alumnos de la Maestría en Salud Pública, Generación 2005-2007. (2005) Diagnóstico de salud ideal. Instituto de Salud Pública. Xalapa, Veracruz.
2. Álvarez Alva, R. (2002) Salud Pública y Medicina Preventiva 3ª edición. México. El Manual Moderno.
3. Baró, Luis et al., (2002) Guía práctica sobre hábitos de Alimentación y Salud. España. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria e Instituto Omega 3 de Puleva Food.
4. Cruza- Acosta A Donato-Pérez A. (1996) Diagnóstico de Salud y Diagnóstico educativo: Un enfoque integral. Revista Cubana de salud pública.
5. Cuaderno Estadístico Municipal. Edición 2001.
6. García, Ramón-Pelayo y Gross (1985). México. Diccionario Usual, Ed Larousse.
7. González Carbajal Eleuterio (1988). Diagnóstico de la salud en México. México. Trillas.
8. Encuesta Nacional de Empleo. (2004). Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática. México.
9. Cuadernos de nutrición. (2001). Encuesta nacional de nutrición. México: Fomento de nutrición y salud, Vol. 24, No 2.
10. Ladrón de Guevara, E. (2006) Antología: Bases Económicas del diagnóstico de Salud. Universidad Veracruzana, Instituto de Salud Pública.
11. López Ramos F. (2003) Epidemiología. Enfermedades Transmisibles y Crónico degenerativas. 1ª edición. El Manual moderno.
12. Madrigal, Herlinda, Martínez, Homero e Ivan Marques-López. (2002). Valoración de la Ingesta Dietética en Alimentación y Salud Pública. España, Mc. Graw Hill e Interamericana.
13. Océano grupo editorial, (2003). Diccionario de Medicina. Ed. OCEANO, España.
14. Organización Panamericana de la Salud (1999). Planificación Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en las Américas. OPS.
15. Organización Panamericana de la Salud (2001). El control de las enfermedades transmisibles. Ed. Jamaes Chin. Washington, DC: OPS
16. San Martín, Hernán. (1992). Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. México. La Prensa Médica Mexicana.
17. Sánchez Monge, Aurora. (2004). La conceptualización de la salud en el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Escuela de Salud Pública: Costa Rica.

18. Sansó-Soberats F J. Análisis de la situación de salud en Cuba. (2003) Revista cubana Salud Pública, Vol 29 núm.3.
19. Secretaría de Salud. (1995) Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. SSA.
20. Tapia Conyer, Roberto. (2004).El Manual de Salud Pública. Tomo III. Intersistemas, México.
21. UNAM. Población: Reto del Tercer Milenio. Coordinación de Recursos Humanos. México: Editorial Porrúa.



INSTITUTO
DE
SALUD
PÚBLICA / UV