ISSN: 1870-2767

Producto de los módulos: Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I

(Generación 2007-2009 primer semestre)

Compiladores
Enrique Hernández Guerson
Jaime Morales Romero
Edit Rodríguez Romero
Roberto Zenteno Cuevas

6

Compiladores
Enrique Hernández Guerson
Jaime Morales Romero
Edit Rodríguez Romero
Roberto Zenteno Cuevas

Producto de los módulos:
Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I
(Generación 2007-2009 primer semestre)

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA/UV

Universidad Veracruzana
Dr. Raúl Arias Lovillo
Rector
Dr. Ricardo Corzo Ramírez
Secretario Académico
Lic. Víctor Aguilar Pizarro
Secretario de Administración y Finanzas
Dr. Jesús Samuel Cruz Sánchez
Director General de Investigaciones
Dr. Agustín Aguirre Pitalúa
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud
Dr. Porfirio Carrillo Castilla
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado
Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Encargada de la Dirección del Instituto de Salud Pública

Comité Editorial
Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra
Editor
Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Co- Editor
Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Dr. Jaime Morales Romero
Dra. Edit Rodríguez Romero

Coordinación Administrativa
C.P. Angélica Tapia Vázquez

Diseño Editorial
María Elena López Vázquez

Enrique Hernández Guerson
Jaime Morales Romero
Edit Rodríguez Romero
Roberto Zenteno Cuevas
(Compiladores)

ISSN: 1870-2767
Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I
Producto de los Módulos
(Generación 2007-2009, primer semestre)

Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana
Primera edición, Xalapa, Ver. 2008.

Producto de los módulos: Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I

(Generación 2007-2009 primer semestre)

Compiladores
Enrique Hernández Guerson
Roberto Zenteno Cuevas
Jaime Morales Romero
Edit Rodríguez Romero

Enrique Hernández Guerson
Jaime Morales Romero
Edit Rodríguez Romero
Roberto Zenteno Cuevas
(Compiladores)

ISSN: 1870-2767
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I
Y SALUD PÚBLICA I:
Producto de los módulos
(Generación 2007-2009, primer semestre)

Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana

Primera edición, Xalapa, Ver.
Se imprimió en los talleres de
DOCUMASTER S.A de C.V
Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle
CP. 03220 México DF.

Diseño editorial
María Elena López Vázquez

Se admite la reproducción parcial o total
de esta publicación con la condición
de que se cite la fuente.

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

Colecciones Educativas en Salud Pública es un recurso, donde los autores contribuyen a la distribución social del conocimiento al difundir los productos, avances, debates o experiencias que se generan al interior de los programas educativos que promueve el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.
Como proceso formativo los trabajos conservan el texto original de los autores.

PRESENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I Y SALUD PÚBLICA I	*Enrique Hernández Guerson* *Jaime Morales Romero* *Edit Rodríguez Romero* *Roberto Zenteno Cuevas*	**5**
INTRODUCCIÓN A LOS DIAGNÓSTICOS DE SALUD	*Roberto Zenteno Cuevas*	**17**
DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD URBANO BANDERILLA	*Norberto Crescencio Galván Valentín* *Judith del Carmen Hernández Siliceo* *María Cristina Montejo Briceño* *Asesor interno: Dra. Elizabeth Bonilla Loyo* *Asesor externo: Dra. Imelda Martínez Bueno*	**28**
DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO MARABOTO	*Alicia Irais Portillo Cancino* *Issa María Ramírez González* *Aurelio Rojas Rodríguez* *Asesor interno: Mtro. Gustavo Adolfo Vargas Merino* *Asesor externo: Dr. Ángel Luis Cortés Lagunes*	**61**
DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10 DEL IMSS 2007	*José Arturo Córdova Fernández* *Rebeca Fernández Villaescusa* *Eliza Mireya Vázquez Rodríguez* *Asesor interno: Mtro. Gabriel Riande Juárez* *Asesor externo: Dra. Georgina Azamar Arizmendi* *Dr. Francisco Vázquez Nava*	**95**
DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS DERECHOHABIENTES USUARIOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	*Francisco Contreras Sánchez* *Lucia Monserrat Pérez Navarro* *Monserrat Verdalet Olmedo* *Asesor interno: Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez* *Asesor externo: Dr. Luis Sainz Vázquez*	**147**
DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL ISSSTE-INMECAFÉ	*Flor De María Domínguez Bravo* *Tlalli Judith Saavedra Álvarez* *Silvia del Pilar López Hernández* *Asesor interno: Dra. Dulce María Cinta Loaiza* *Asesor externo: Dr. César Augusto Lara Hakim*	**197**
DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR XALAPA II DEL FOVISSSTE EN XALAPA, VERACRUZ	*Luis Daniel Cruz García* *Nesly Teresa Muñoz Cortés* *Paola Zereth Galindo Mimendi* *Asesor interno: Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales* *Asesor externo: Dra. Rosalba Lozano Cruz*	**238**

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA ESCUELA DE BACHILLERES "RICARDO FLORES MAGÓN"

Angie Nayeli Cabrera Vásquez
Georgina Elizabeth Martínez Bonilla
Alberto Rubí García
Asesor interno: Mtra. María Cristina Ortiz León
Dr. Jaime Morales Romero
Asesor externo: Lic. Alejandra Pensabé Rodríguez
Dr. César del Ángel Aguilar

295

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES Y SUS FAMILIAS DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA INDUSTRIAL No. 3: UN ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO

Aarón Humberto Cruz del Castillo
Oscar Hiroshi Takahashi Velásquez
Asesor interno: Dr. Jaime Morales Romero
Asesor externo: Dra. Nora Díaz Velarde

335

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS ACADÉMICOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA REGIÓN XALAPA. 2007

Brenda Ruth Jiménez Carmona
Martha Elvia Sánchez Chiñas
Eloisa Domínguez Trejo
Asesor interno: Mtro. Jorge S. Azamar Martínez
Mtro. Enrique Hernández Guerson
Asesor externo: Dr. Víctor Hugo Lunagomez Gómez

366

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD "EL CONEJO", MUNICIPIO DE PEROTE, VERACRUZ: CASA DE LA UNIVERSIDAD

Elizabeth Evelia Hernández Padilla
Nancy Ramírez Aburto
Rocío López Lara
Asesor interno: Dra. Elda María Rocío Coutiño Rodríguez
Asesor externo: Mtro. Víctor A. Celis Arellano

405

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA CASA UNIVERSIDAD "MOLINO DE SAN ROQUE"

Nelsy Marien Cortés Jiménez
Alicia Martínez Flores
María de Lourdes Rodal Morales
Claudia Suárez Tepetla
Asesor interno: Mtra. Edit Rodríguez Romero
Miguel Figueroa-Saavedra Ruíz
Asesor externo: Lic. Héctor Cruz González

450

PRESENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I Y SALUD PÚBLICA I

Enrique Hernández Guerson
Jaime Morales Romero
Edit Rodríguez Romero
Roberto Zenteno Cuevas

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

La experiencia que se describe en interiores corresponde al primer semestre de la Maestría en Salud Pública, maestría implementada en el año 2005[a] con un enfoque centrado en competencias, modular y con el eje orientador de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y que bajo el principio del aprendizaje global efectivo permitió articular a los actores sustantivos del proceso enseñanza aprendizaje: los contenidos, que en una relación dialéctica con las realidades fue desarrollándose, facilitando que estudiantes, académicos, responsables de las instituciones participantes y en el caso que correspondía la población, sujetos centrales de toda acción de la salud pública, se implicaron decididamente.

Los lectores a estas alturas ya comprenderán que se trató de un proceso complejo, no sólo por los retos técnicos que implican los modelos centrados en competencias, sino también los culturales, aquellos que la literatura ha identificado como parte del *currículum oculto*[b], las resistencias culturales del profesorado y los estudiantes al enfrentarse a una pro puesta centrada en el aprendizaje y menos en la enseñanza, de desarrollar competencias para el aprendizaje permanente, de por vida, a través de dirigir la actuación pedagógica alrededor de problemas. Por este motivo y muchos otros, el camino nunca fue fácil, por el contrario, provocaba en los implicados aportaciones de diversa índole con el fin de lograr las competencias; a veces se lideraba, en otras se sometía, pero la mayoría de las veces se obtenían productos que de manera individual no hubiesen sido posibles. Se entenderá por esto que solamente daremos cuenta de lo explícito y para otra ocasión, quizá al finalizar esta generación, lo relacionado con ese currículo oculto.

No está por demás comentar que la Maestría en Salud Pública, se imparte en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana desde el año 2001 después de prácticamente veinte generaciones de especialistas en la misma temática. En su origen, se trató de un modelo tradicional, centrado en la enseñanza y prácticamente sus créditos se lograban en el aula, excepto algunas prácticas que ciertas asignaturas desarrollaban en sitios que los profesores seleccionaban para poner en práctica conocimientos y habilidades. En el año 2004, producto de nuestros procesos de evaluación y de otras experiencias internacionales, se reclamaba el cambio del modelo tradicional por otro más competitivo y global, es así que conjugando la opinión de expertos empleadores, académicos y estudiantes renovamos el currículo, como dijimos anteriormente; por uno centrado en competencias. Al poco tiempo fuimos considerados por la Universidad Veracruzana como "*Programa Educativo Innovador*" y poco después por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Posteriormente, la Asociación Latinoamericana en Educación en Salud Pública (ALAES) y la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública (AMESP) nos invitan a discutir en su seno nuestra propuesta, la que a la postre, fue adoptada por el Instituto Nacional de Salud Pública, por lo que a la fecha, somos los únicos programas de maestría de salud pública del país que se desarrollan con tales modelos.

Regresando a la exposición, lo que se presenta en adelante trata de 34 estudiantes, más de dieciséis académicos, once asesores externos e igual número de asesores internos, núcleo básico multidisciplinar.

---

[a] *Para profundizar en el modelo educativo, el lector puede consultar de esta misma colección el número 1 titulado "Taller de Planeación Educativa de los compiladores Vázquez F y Hernández E.*

[b] *El currículum oculto se refiere a aquellos "aprendizajes que guardan una estrecha relación con la esfera de lo valoral y actitudinal" (Díaz, 2006). Más información en: Díaz-Barriga A. (2006). La educación en valores: Avatares del currículum formal, oculto y los temas transversales. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 8 (1). Consultado el 23 de agosto de 2008. Disponible en: http://redie.uabc.mx/vol8no1/contenido-diazbarriga2.html*

El programa de la maestría transcurre a lo largo de cuatro semestres, el semestre que nos ocupa, desarrolla los módulos Salud Pública I y Gestión del Conocimiento en Salud Pública I, durante el período comprendido agosto 2007 - febrero 2008.

Los módulos están considerados como teórico – prácticos. Ambos desarrollaron 75 horas teóricas[c] y 240 horas prácticas, que correspondieron a 10 y 16 créditos, respectivamente. Estos módulos, horizontalmente se sinergizaron, teniendo como producto final la elaboración de un diagnóstico de salud utilizando estrategias metodológicas y técnicas tanto cuantitativas y cualitativas.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA I

Objetivo general

De acuerdo con el programa del módulo, el objetivo general fue que los estudiantes desarrollaran competencias para:

- *"Diseñar proyectos de investigación encaminados a conocer mejor la situación de salud-enfermedad de una población".*
- *"Realizar una lectura crítica de los resultados de las investigaciones".*

Planta docente

Estuvo compuesta por dos coordinadores, tres profesores titulares y tres profesores asociados. En la tabla 1 se presentan a los profesores del módulo y la unidad didáctica de su responsabilidad.

Tabla 1. Profesores del Módulo Gestión del Conocimiento I

Unidad didáctica	Contenido Temático	Profesores responsables	Profesores asociados
I	Introducción	Mtro. Enrique Hernández Guerson* Dr. Roberto Zenteno Cuevas*	---
II	Lectura crítica de artículos científicos	Dr. Roberto Zenteno Cuevas	---
III	Diseño de investigación	Mtro. Enrique Hernández Guerson	Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra
IV	Obtención y procesamiento de datos	Mtra. María Cristina Ortiz León	Mtra. Cecilia Cortés Salazar Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra Mtro. Manuel Salvador Luzanía Valerio
V	Análisis de datos y resultados de la investigación	Mtra. María Cristina Ortiz León	Mtra. Cecilia Cortés Salazar Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra Mtro. Manuel Salvador Luzanía Valerio
VI	Integración y evaluación	Mtro. Enrique Hernández Guerson Dr. Roberto Zenteno Cuevas	---
-* Coordinadores del módulo			

** Coordinadores del módulo*

Las unidades didácticas

Se abordaron seis unidades didácticas, cuyo programa de estudios, fue propuesto y revisado de manera colegiada por los profesores del módulo, y puesto a la consideración del Consejo Técnico para su aprobación.

Las unidades didácticas fueron elaboradas considerando los contenidos temáticos relacionados con la metodología requerida para la elaboración del diagnóstico de salud, de acuerdo con las competencias enunciadas en el plan de

[c] *En términos generales, las horas teóricas hacen referencia a todas las experiencias que ocurren en el aula.*

estudios. Cada unidad didáctica tuvo un determinado número de horas teóricas y prácticas según se requiriera para el tema a desarrollar (tabla 2).

Tabla 2. Unidades didácticas del módulo Gestión del Conocimiento I

Unidad didáctica	Contenido Temático	Horas teóricas	Horas prácticas	Total	Fechas
I	Introducción	4	16	20	Del 28 al 30 de agosto de 2007
II	Lectura crítica de artículos científicos	8	26	34	Del 04 al 13 de septiembre de 2007
III	Diseño de investigación	16	48	64	Del 18 de septiembre al 11 de octubre de 2007
IV	Obtención y procesamiento de datos	24	72	96	Del 16 de octubre al 27 de noviembre de 2007
V	Análisis de datos y resultados de la investigación	20	62	82	Del 29 de noviembre de 2007 al 17 de enero de 2008
VI	Integración y evaluación	3	16	19	Del 22 al 24 de enero de 2008

A continuación se describen las unidades didácticas

Unidad I. Introducción

Coordinada por el Mtro. Enrique Hernández Guerson y el Dr. Roberto Zenteno Cuevas, fue la introducción al módulo del curso y se proporcionaron los fundamentos de la investigación científica. En esta unidad, el alumno tuvo su primera aproximación a la investigación cualitativa y cuantitativa. Tuvo una duración de cuatro horas teóricas y dieciséis horas prácticas (anexo 1).

Unidad II. Lectura crítica de artículos científicos

Tuvo como propósito acercar al estudiante a la búsqueda, revisión y crítica de la literatura científica. En esta unidad, el alumno pudo conocer, analizar y evaluar diferentes artículos de investigación en comunicación para la salud, epidemiología, administración de servicios de salud y en informática aplicada a la salud. Esta unidad fue coordinada por el Dr. Roberto Zenteno Cuevas y comprendió, ocho horas teóricas y 26 horas prácticas (anexo 2).

Unidad III. Diseño de investigación

Coordinada por el Mtro. Enrique Hernández Guerson, con el apoyo de la Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra. En esta unidad, el estudiante pudo formular su pregunta de investigación, comprender el estado de la pregunta y construir el marco teórico del diagnóstico de salud. Además, con el apoyo de los profesores, el alumno seleccionó el diseño más conveniente y decidió el resto de la metodología del que sería el protocolo de investigación del diagnóstico de salud. El problema y el objetivo, el marco teórico, el tipo de estudio, la definición de variables y el plan de análisis, entre otros, fueron algunos de los temas abordados en este módulo de dieciséis horas teóricas y 48 horas prácticas (anexo 3).

Unidad IV. Obtención y procesamiento de los datos

Fue coordinada por la Mtra. María Cristina Ortiz León con el apoyo de las maestras Cecilia Cortés Salazar y Sandra Areli Saldaña Ibarra; así como del Mtro. Manuel Salvador Luzanía Valerio. Los temas desarrollados fueron: clasificación de las variables, muestreo, elaboración de instrumentos de recolección de datos, estadística descriptiva, instrumentos electrónicos, programas de cómputo para el procesamiento de la información, técnicas para la recolección de datos cualitativos, introducción al análisis de datos cualitativos, validación y segmentación de la información, el espectro del discurso, entre otros. En esta unidad, el alumno construyó los instrumentos para la obtención de la información, validados a través de una prueba piloto. Duró seis semanas, en las que se desarrollaron 24 horas teóricas y 72 horas prácticas (anexo 4).

Unidad V. Análisis de datos y resultados de la investigación

Se proporcionaron al estudiante las herramientas para procesar y analizar la información recolectada durante el trabajo de campo. En esta unidad, el alumno aprendió a seleccionar el método estadístico más conveniente de acuerdo con el objeto y tipo de estudio; así también, aprendió a realizar el análisis del contenido de datos cualitativos. Prueba de hipótesis; significancia estadística; tabulación y análisis; diseño de tablas y gráficas; análisis del contenido, interpretación, reinterpretación y reconstrucción; fueron algunos de los contenidos temáticos desarrollados en esta unidad, coordinada por la Mtra. María Cristina Ortiz León y apoyada por las maestras Cecilia Cortés Salazar, Sandra Areli Saldaña Ibarra, y por el maestro, Manuel Salvador Luzanía Valerio. La unidad comprendió 20 horas teóricas y 62 horas prácticas (anexo 5).

Unidad VI. Integración y evaluación

Fue coordinada por el Mtro. Enrique Hernández Guerson y el Dr. Roberto Zenteno Cuevas. Tuvo como objetivo que los alumnos elaboraran un informe técnico final e integraran los resultados obtenidos en el diagnóstico de salud. Esta última unidad comprendió cuatro horas teóricas y dieciséis horas prácticas (anexo 6).

SALUD PÚBLICA I

Objetivo general

De acuerdo con el programa del módulo, el objetivo general fue que los estudiantes desarrollaran competencias para:

• "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".

Planta docente

Estuvo compuesta por dos coordinadores, seis profesores titulares y tres profesores asociados (tabla 3). Los profesores efectuaron un papel caracterizado por ser facilitadores en la búsqueda de información para resolver problemas relacionados con el diagnóstico de salud. Los alumnos fueron capaces de enfrentar un problema concreto, derivado del quehacer diario de los servicios de salud, tanto del sector como fuera de éste.

Tabla 3. Profesores del Módulo Salud Pública I

Unidad didáctica	Contenido Temático	Profesores responsables	Profesores asociados
I	Introducción	Mtra. Edit Rodriguez Romero*	---
II	Bases demográficas del diagnóstico de salud	Dr. Jaime Morales Romero*	Mtra. María Cristina Ortiz León
III	Bases epidemiológicas del diagnóstico de salud	Dr. Jaime Morales Romero	Mtro. Gabriel Riande Juárez
IV	Bases biológicas del diagnóstico de salud	Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez	Dra. Elda María del Rocío Coutiño Rodríguez
V	Bases sociológicas del diagnóstico de salud	Dra. Dulce María Cinta Loaiza	---
VI	Bases económicas y administrativas del diagnóstico de salud	Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales	Mtro. Gabriel Riande Juárez
VII	Integración y evaluación	Dr. Jaime Morales Romero	---

** Coordinadores del módulo*

Las unidades didácticas

Se trabajaron siete unidades didácticas. El programa de estudio de cada unidad fue propuesto por su profesor titular y revisado de manera colegiada por todos los profesores del módulo. Una vez que el programa general fue integrado, se le sometió a la consideración del Consejo Técnico para su aprobación. Cada unidad abordó diversos contenidos temáticos que incluyeron un determinado número de horas teóricas y prácticas (tabla 4).

Tabla 4. Unidades didácticas del módulo Salud Pública I

Unidad didáctica	Contenido Temático	Horas teóricas	Horas prácticas	Total	Fechas
I	Introducción	4	16	20	Del 27 al 29 de agosto de 2007
II	Bases demográficas del diagnóstico de salud	14	40	54	Del 03 al 24 de septiembre de 2007
III	Bases epidemiológicas del diagnóstico de salud	12	38	50	Del 26 de septiembre al 15 de octubre de 2007
IV	Bases biológicas del diagnóstico de salud	14	34	48	Del 17 de octubre al 07 de noviembre de 2007
V	Bases sociológicas del diagnóstico de salud	16	54	70	Del 12 de noviembre al 10 de diciembre de 2007
VI	Bases económicas y administrativas del diagnóstico de salud	14	44	58	Del 12 de diciembre de 2007 al 23 de enero de 2008
VII	Integración y evaluación	1	14	15	28 enero 2008

En este módulo se experimentó que tanto los profesores como asesores internos estuvieran presentes en todas las sesiones. Lo anterior respondió a dos necesidades; por un lado, se procuró que los profesores y asesores internos estuvieran enterados de los temas, decisiones e indicaciones que se fueran dando a lo largo del curso; por otro, algunos profesores manifestaron su interés en fortalecerse en varios de los contenidos temáticos, por lo que al estar presentes en diversas sesiones, fue una oportunidad para ello. El resultado de esta experiencia se ha estado debatiendo al interior tanto del Colegio de Profesores como con los estudiantes, al momento no hay un consenso sobre la experiencia; por un lado, se habla de que se favorecieron el análisis crítico y el debate en el aula y; por otro, el hecho del protagonismo docente y la autoridad académica en los debates. Habrá que seguir experimentando y evaluando.

A continuación, se describen las unidades didácticas de SPI.

Unidad I. Introducción

Tuvo tres propósitos; por un lado, introducir al alumno en los aspectos generales del módulo; dar a conocer las Funciones Esenciales de la Salud Pública[d] y el desarrollo de competencias transversales[e] como ejes del módulo.

En esta unidad se explicaron los lineamientos generales del curso, los contenidos temáticos y los criterios de evaluación. Además, se presentó al cuerpo de profesores titulares y asociados. Los responsables de llevar a cabo esta primera unidad fueron, la Mtra. Edit Rodríguez Romero y el Dr. Jaime Morales Romero (anexo 7).

[d] *Definidas por la Organización Panamericana de la Salud como "condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública", las Funciones Esenciales de la Salud Pública son el eje fundamental, no sólo del módulo, sino de todo el plan de estudios de la maestría.*

[e] *Las competencias transversales son "aquellas actitudes que llevan al estudiante a tener desempeños satisfactorios en situaciones reales de trabajo" y se desprenden de la función clave número 4 enunciada en la Actualización del Plan de Estudios de la Maestría en Salud Pública.*

Unidad II. Bases demográficas del diagnóstico de salud

Fue coordinada por el Dr. Jaime Morales Romero con la ayuda de la Mtra. María Cristina Ortiz León como profesora asociada. El propósito de la unidad fue proporcionar al alumno las herramientas básicas para realizar el análisis demográfico en el diagnóstico de salud. Esta unidad constituyó el primer acercamiento del alumno a la población de su interés. Natalidad, mortalidad, migración, crecimiento natural y social, el ajuste de tasas, pirámides de población y transición demográfica, fueron algunos de los temas abordados durante las cuatro semanas que duró la unidad, desarrollándose 14 horas teóricas y 40 horas prácticas (anexo 8).

Unidad III. Bases epidemiológicas del diagnóstico de salud

Coordinada también por el Dr. Jaime Morales Romero, con la participación del Mtro. Gabriel Riande Juárez como profesor asociado. El propósito de esta unidad fue dar a conocer las herramientas básicas para el análisis epidemiológico en el diagnóstico de salud, a través de la epidemiología descriptiva y de algunos elementos de epidemiología analítica; con el objetivo de que el alumno fuera capaz de construir, analizar e interpretar diversos indicadores de índole epidemiológico, para comprender la frecuencia de los daños a la salud y los factores de riesgo que los determinan. Algunos de los contenidos temáticos fueron: definición y usos de la epidemiología, causalidad, cadena epidemiológica, historia natural de la enfermedad, incidencia y prevalencia, factores de riesgo, priorización de daños y transición epidemiológica, entre otros. Esta unidad duró 4 semanas y comprendió doce horas teóricas y 38 horas prácticas (anexo 9).

Unidad IV. Bases biológicas del diagnóstico de salud

Coordinada por la Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez, con la participación de la Dra. Elda María del Rocío Coutiño Rodríguez, comprendió catorce horas teóricas y 34 horas prácticas. Esta unidad didáctica permitió reforzar, algunos de los temas vistos en la unidad anterior, con relación a la historia natural de la enfermedad y la triada ecológica; así también, brindó al futuro sanitarista, un panorama general de los diferentes métodos de laboratorio que existen para la detección de las principales enfermedades transmisibles de interés para la Salud Pública; los fundamentos biológicos de los inmunógenos utilizados para su prevención; así como, una breve introducción sobre la epidemiología molecular y los mecanismos celulares que intervienen en algunos tipos de cáncer (anexo 10).

Unidad V. Bases sociológicas del diagnóstico de salud

Coordinada por la Dra. Dulce María Cinta Loaiza. En esta unidad se proporcionaron los elementos para que el alumno desarrollara un diagnóstico de salud integral, que no se limitara únicamente al estudio de los factores de riesgo de índole biológico, sino que también incorporara, a los determinantes sociales como generadores de daños a la salud. Algunos contenidos temáticos de la unidad fueron: La declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa; los estilos y la calidad de vida; los hábitos, costumbres y valores del individuo; la importancia de los patrones culturales como base del comportamiento humano; la organización social; las clases sociales y el papel del Estado en la Sociedad. En total se desarrollaron 16 horas teóricas y 54 horas prácticas (anexo 11).

Unidad VI. Bases económicas y administrativas del diagnóstico de salud

Coordinada por la Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales, con la participación del Mtro. Gabriel Riande Juárez**.** En esta unidad didáctica se proporcionaron al estudiante los elementos teóricos y prácticos para explicar la relación que existe, entre los factores de índole económico y los daños a la salud, ampliando lo visto en la unidad V en materia de determinantes sociales**.** La estructura económica de la población, los recursos para la salud, la inequidad, fueron algunos de los temas abordados durante la unidad que comprendió, catorce horas teóricas y 44 horas prácticas (anexo 12).

Unidad VII. Integración y evaluación

Tuvo como objetivo, integrar los conocimientos adquiridos en las unidades previas. A partir de este momento, y con apoyo del módulo de Gestión del Conocimiento, el estudiante cuenta con los elementos teóricos y prácticos para terminar un diagnóstico de salud integral, con una perspectiva multidisciplinaria y un abordaje multimétodos. Esta última unidad comprendió una hora teórica y catorce horas prácticas (anexo13).

PRÁCTICAS PROFESIONALES

Las prácticas profesionales[f] fueron los puntos en los que se integraban los aprendizajes desarrollados en los módulos. Once fueron los sitios donde se desarrollaron los diagnósticos de salud en equipos de trabajo de tres (diez equipos) y cuatro integrantes (un equipo). Cada equipo tuvo como propósito, realizar de manera colectiva, el diagnóstico de salud de la sede que le fue encomendada. Diversas instituciones de salud y educación fueron sedes para las prácticas profesionales: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios Estatales de Salud de Veracruz (SESVER), Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 3, Escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón y la propia Universidad Veracruzana, a través de sus casas de salud y el Servicio Médico Financiado (tabla 5).

Tabla 5. Integrantes de los equipos, asesores y sedes de las prácticas profesionales

Integrantes del equipo	Unidad de prácticas Asesor externo	Asesor interno
Cortés Jiménez Nelsy Marien Martínez Flores Alicia Rodal Morales María de Lourdes Suárez Tepetla Claudia	Casa UV: Molino de San Roque Lic. Héctor Cruz González	Mtra. Edit Rodríguez Romero Dr. Miguel Figueroa-Saavedra Ruíz
Hernández Padilla Elizabeth Evelia Ramírez Aburto Nancy López Lara Rocío	Casa UV: El Conejo Mtro. Víctor A. Celis Arellano	Dra. Elda María Rocío Coutiño Rodríguez
Domínguez Bravo Flor De María Saavedra Álvarez Tlalli Judith López Hernández Silvia Del Pilar	UMF del ISSSTE: Colonia INMECAFÉ Dr. César Augusto Lara Hakim	Dra. Dulce María Cinta Loaiza
Cruz García Luis Daniel Muñoz Cortes Nesly Teresa Galindo Mimendi Paola Zereth	UMF del ISSSTE: FOVISSSTE Dra. Rosalba Lozano Cruz	Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Córdova Fernández José Arturo Fernández Villaescusa Rebeca Vázquez Rodríguez Eliza Mireya	Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS Dra. Georgina Azamar Arizmendi Dr. Francisco Vázquez Nava	Mtro. Gabriel Riande Juárez
Verdalet Olmedo Monserrat Contreras Sánchez Francisco Pérez Navarro Lucía Monserrat	Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS Dr. Luis Sainz Vázquez.	Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez
Cabrera Vásquez Angie Nayeli Martínez Bonilla Georgina Elizabeth Rubí García Alberto	Esc. de Bachilleres "Ricardo Flores Magón" Lic. Alejandra Pensabé Rodríguez Dr. César del Ángel Aguilar	Mtra. María Cristina Ortiz León Dr. Jaime Morales Romero
Takahashi Velásquez Oscar Hiroshi Hernández Ochoa Carolina Cruz del Castillo Aarón Humberto	Escuela Secundaria Técnica No. 3 Dra. Nora Díaz Velarde	Dr. Jaime Morales Romero
Rojas Rodríguez Aurelio Portillo Cancino Alicia Iraís Ramírez González Issa María	Centro de Salud Maraboto Dr. Ángel Luis Cortés Lagunes	Mtro. Gustavo Adolfo Vargas Merino
Hernández Siliceo Judith Del Carmen Galván Valentín Crescencio Norberto Montejo Briceño María Cristina	Centro de Salud Banderilla Dra. Imelda Martínez Bueno	Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
Jiménez Carmona Brenda Ruth Sánchez Chiñas Martha Elvia Domínguez Trejo Eloisa	Servicio Médico de la UV Asesor externo: Dr. Víctor Hugo Lunagomes Gómez	Mtro. Jorge S. Azamar Martínez Mtro. Enrique HErnández Guerson
UV: Universidad: Veracruzana UMF: Unidad de Medicina Familiar IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado		

[f] *De acuerdo con el manual de Asesoría para el Desarrollo de las Prácticas Profesionales, la práctica profesional es "la actividad fundamental del plan de estudios de la Maestría en Salud Pública cuya finalidad es articular la teoría con la práctica para generar conocimiento desde ambas perspectivas".*

Los asesores

Durante las prácticas profesionales, cada equipo contó con dos tipos de asesores académicos: un externo y otro interno, quienes trabajaron brindando asesoría a los equipos (tabla 5).

El asesor externo, quien de acuerdo al Manual de Asesoría para el Desarrollo de las Prácticas Profesionales, fue "*aquel profesional que labora en la sede donde se realizan las prácticas profesionales y que asumen actividades de asesoría en su propio ámbito laboral*" fue el facilitador del trabajo de los alumnos en el espacio de práctica. Tuvo como funciones: asignar un espacio físico para que los alumnos pudieran realizar sus actividades, sugerir propuestas derivadas del interés de su propia institución o dependencia, coadyuvar en la solución de los problemas que se hubieran presentando en la sede, coordinarse con el asesor interno para brindar asesoría conjunta y evaluar las competencias profesionales y transversales de los alumnos de su responsabilidad. Para dar seguimiento a las prácticas profesionales, casi todos se reunieron mensualmente en Colegio de Profesores Ampliado[g].

El asesor interno; "*un profesor del Instituto de Salud Pública encargado de facilitar el desarrollo teórico y metodológico de las prácticas profesionales*"[h], a través de sesiones de asesoría desarrolladas en el propio Instituto; adicionalmente, mantuvo comunicación con el asesor externo para proporcionar asesoría conjunta; la mayoría de estos asesores visitaron la sede una vez al mes o antes, si fuera necesario; algunas actividades fueron revisar los reportes escritos para constatar que se apegaran a los criterios de presentación establecidos; verificar que se realizaran las observaciones propuestas por los lectores (en caso de que así procediera).

Para brindar la asesoría, se realizaron sesiones individuales (cada equipo reunido con su asesor interno) y grupales (los equipos reunidos con sus asesores respectivos en una misma sesión). La primera, tuvo como propósito, brindar asesoría especialmente dirigida al equipo de responsabilidad del asesor, para resolver los problemas detectados y planear, dirigir o facilitar las actividades por venir. La segunda, la asesoría grupal, tuvo como fin socializar entre alumnos, profesores y asesores, los problemas presentados y las soluciones alcanzadas por otros equipos, lo cual podría ser de utilidad para el resto. En general, las reuniones de asesoría constituyeron una oportunidad para revisar el avance del diagnóstico de salud de cada equipo, detectar amenazas y debilidades, áreas de oportunidad, posibles estrategias de solución y planear las actividades a desarrollar en las etapas siguientes.

Programa de trabajo

Con la finalidad de planear, verificar y evaluar el avance en la elaboración del diagnóstico de salud, se realizó el *Programa de las Prácticas Profesionales.* Este programa se dividió en seis etapas: 1) proceso de inducción a la unidad de salud, 2) diagnóstico del diagnóstico de salud, 3) definición del contenido del diagnóstico de salud, 4) decisiones metodológicas, 5) recolección y procesamiento de la información y 6) elaboración del informe final; cada una relacionadas con los contenidos temáticos que los equipos desarrollaron a lo largo del semestre. Un requisito importante para iniciar cada etapa fue que se completara la anterior, ya que, al final de cada una de estas, los equipos presentaron un informe oral y escrito. De éste se desprendió la calificación de sus prácticas profesionales.

A continuación se describen las etapas del programa de trabajo.

Proceso de inducción a la unidad de salud. Esta fue la primera aproximación que tuvo cada equipo a la sede de trabajo asignada. Fue un proceso en el que el alumno se familiarizó con la institución o dependencia en donde realizaría el diagnóstico de salud. Conoció la ubicación y el nombre de la sede, los servicios que ofrece, el área de influencia, y la población de responsabilidad.

Diagnóstico del diagnóstico de salud. Los equipos de trabajo tuvieron la encomienda de indagar la existencia del diagnóstico de salud en la sede asignada. Cuando la sede contaba con tal documento, éste se tendría que revisar detenidamente para identificar su contenido y la metodología empleada; así como, quiénes fueron los responsables de su elaboración y el uso o destino institucional que se le da. En el caso de que la sede no contara con un diagnóstico de salud, los alumnos tendrían que investigar las causas por las que no se realiza y agotar la búsqueda de otras fuentes que, de manera indirecta,

[g] *El Colegio de Profesores Ampliado es una instancia colegiada emergente que discutía, evaluaba y tomaba decisiones al respecto de la realización del diagnóstico de salud. Sus miembros fueron el personal académico del programa de maestría, los asesores internos y externos.*

[h] *De acuerdo con el Manual de Asesoría para el Desarrollo de las Practicas Profesionales del Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.*

podrían constituir una aproximación al diagnóstico de salud.

Definición del contenido del diagnóstico. Aquí los alumnos decidieron, junto con sus asesores, cuáles serían los contenidos demográficos, epidemiológicos, biológicos, sociales y económicos que se incorporarían en el diagnóstico de salud, considerando las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población de cada sede de interés, se hizo un ejercicio colectivo de priorización para decidir cuáles serían los daños a la salud que serían abordados en la investigación[i].

Decisiones metodológicas. Por consenso, para la realización del diagnóstico de salud se escogió un abordaje multimétodo que incluyó investigación cualitativa y cuantitativa. Se seleccionó el diseño y se delimitaron el universo de estudio, el tamaño de la muestra, las variables y los indicadores a utilizar. También se elaboraron, validaron y presentaron los instrumentos de obtención de datos; así como, se describieron las técnicas para la recolección, el procesamiento y el análisis de la información.

Recolección y procesamiento de la información. Con los instrumentos validados en una prueba piloto previa, se realizaron encuestas y entrevistas para obtener la información necesaria y procesarla según lo planeado en el protocolo. En cada sede se acudió a entrevistar a informantes clave. A cada equipo se le proporcionó un determinado número de cuestionarios considerando el tamaño de muestra calculado. La técnica para seleccionar a los sujetos de estudio varió según el universo de donde se obtuvo la muestra, ya sea en unidades médicas del IMSS o del ISSSTE, casas de salud de la Universidad Veracruzana o escuelas públicas[j].

Elaboración del informe final. Esta etapa se destinó para elaborar el informe final que se presentó en la última reunión plenaria. Para entonces, los equipos de trabajo habían acumulando a lo largo del semestre, una serie de observaciones, comentarios, sugerencias e indicaciones a su trabajo realizado, lo que les permitió mejorarlo paulatinamente, previo a su entrega a las autoridades de las instituciones o dependencias sedes (anexo 14).

En el anexo 14 el lector podrá encontrar con mayor detalle la descripción del programa de trabajo de cada una de las etapas de las prácticas profesionales.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Ambos módulos, aplicaron los mismos criterios de evaluación y de promoción; así mismo, un producto final único: el diagnóstico de salud de la sede asignada.

Los criterios de evaluación incluyeron tres componentes:

1. de las unidades didácticas,
2. de las prácticas profesionales y
3. de las competencias transversales y profesionales.

Para evaluar la unidad didáctica, los criterios establecidos fueron: 1) control de lecturas, al que le correspondió el 25 por ciento de la calificación de la unidad y; 2) el examen teórico, al que le correspondió el 75 por ciento. El tipo de lectura y las características del examen fueron realizados por los profesores responsables de cada unidad y fue evaluada por su profesor titular. Para obtener la calificación general en este rubro, se calculó el promedio de las calificaciones de todas las unidades didácticas que integraron el módulo. El promedio de las calificaciones de las unidades correspondió al 60 por ciento de la calificación final del módulo.

Para evaluar las prácticas profesionales se consideraron dos criterios: 1) la presentación oral y 2) el reporte escrito. Para la presentación oral, cada equipo presentó resumidamente ante un público y en un tiempo determinado, los aspectos más relevantes de los avances de sus prácticas profesionales. El reporte escrito, en cambio, fue un documento impreso, elaborado y estructurado bajo ciertos lineamientos, mediante el cual, los alumnos informaron dichos avances. La calificación general de las prácticas profesionales correspondió al 20 por ciento de la calificación final del módulo.

Para evaluar la presentación oral y el informe escrito, a cada equipo se le asignaron dos o tres lectores, los cuales

---

[i] *Los criterios empleados para el ejercicio de priorización de daños a la salud se describen detalladamente en la sección de metodología de cada uno de los informes finales del Diagnóstico de Salud.*

[j] *En la sección de metodología de cada uno de los informes finales del Diagnóstico de Salud se explica detalladamente el proceso de recolección y procesamiento de la información.*

fueron diferentes en cada reunión plenaria[k]. A partir de los comentarios, sugerencias o indicaciones de estos lectores, los equipos tuvieron la oportunidad de modificar y mejorar el diagnóstico de salud. Cada reunión plenaria permitió evaluar parte de las competencias profesionales. Para esto se diseñaron cédulas de evaluación de la presentación oral y escrita, elaboradas por los coordinadores de ambos módulos y revisadas por el Colegio de Profesores[l]. Se vigiló que en cada cédula de evaluación, se incluyeran aquellos elementos considerados como indispensables para conocer el grado de avance de los trabajos, y que reflejaran los conocimientos y herramientas adquiridos en ambos módulos.

Los criterios de evaluación utilizados de las prácticas profesionales de acuerdo con la etapa en la que se presentaron fueron:

1. Proceso de inducción a la Unidad de Salud. Esta fue una presentación interna realizada ante profesores del Módulo Salud Pública I. La evaluación de esta actividad correspondió al 10 por ciento de la calificación de las prácticas profesionales dividido como sigue: 5 por ciento para la presentación oral y 5 por ciento para el reporte escrito (tabla 6, anexos 15-16).

Tabla 6. Evaluación de las prácticas profesionales

Etapa	Tipo de reunión	Porcentaje de la calificación*		
		Presentación oral	Reporte escrito	De la etapa
Proceso de inducción a la Unidad de Salud	Reunión interna	5%	5%	10%
Diagnóstico del diagnóstico de salud	Reunión interna	5%	5%	10%
Decisiones del contenido del diagnóstico de salud	Primera reunión plenaria	5%	5%	10%
Decisiones metodológicas: decisiones del universo, variables y fuentes de información	Segunda reunión plenaria	5%	5%	10%
Decisiones metodológicas: instrumento de recolección de la información y plan de análisis	Tercera reunión plenaria	5%	5%	10%
Recolección y procesamiento de la información	Cuarta reunión plenaria	5%	5%	10%
Informe final del diagnóstico concluido	Reunión plenaria final	20%	20%	40%
Total		50%	50%	100%

**Se refiere al porcentaje de la calificación de las prácticas profesionales que le corresponde a cada etapa.*

2. Diagnóstico del diagnóstico de salud. Esta segunda presentación también fue hecha a los profesores del Módulo Salud Pública I. La calificación obtenida en esta etapa correspondió al 10 por ciento de la calificación de las prácticas profesionales (5 por ciento, la presentación oral; y 5 por ciento, el reporte escrito) (tabla 6, anexos 17-20).

3. La evaluación de la definición del contenido del diagnóstico de salud correspondió al 10 por ciento de la calificación de las prácticas profesionales (5 por ciento, la presentación oral; y 5 por ciento, el reporte escrito). A partir de esta presentación se iniciaron las reuniones plenarias en donde, profesores de ambos módulos, se reunieron con los alumnos para escuchar y conocer los avances del trabajo de los equipos (tabla 6, anexo 21).

4. La presentación de los siguientes informes: a) decisiones metodológicas: definición del universo, variables y fuentes de información; b) instrumento de recolección de la información y plan de análisis; y c) recolección y procesamiento

[k] *Reunión plenaria se refiere a las reuniones en donde los profesores de ambos módulos, asesores y coordinadores se reúnen para escuchar, en voz de los alumnos, los avances del diagnóstico de salud. Esta tiene tres propósitos importantes: 1) Socializar avances; 2) evaluación de las competencias profesionales; y 3) retroalimentación por lectores. Durante el semestre se desarrollaron 5 reuniones plenarias.*

[l] *Los formatos de las cédulas de evaluación pueden consultarse en los anexos del 15 al 28.*

de la información; se presentaron durante la segunda, tercera y cuarta reunión plenaria, respectivamente. En cada presentación, la calificación correspondió al 10 por ciento de la calificación de las prácticas profesionales (5 por ciento, la presentación oral; y 5 por ciento, el reporte escrito) (tabla 6, anexos 22-24).

5. Informe final del diagnóstico de salud concluido. Se realizó en la reunión plenaria final. La presentación oral y el reporte escrito del informe final correspondieron al 40 por ciento de la calificación de las prácticas profesionales (tabla 6, anexo 25 y 26).

Las competencias profesionales y transversales fueron evaluadas por los asesores externos. A estas le correspondió el 20 por ciento de la calificación final. Para tal fin, se creó una comisión encargada de elaborar los instrumentos de evaluación de las competencias. Los anexos 27 y 28 presentan los formatos propuestos por tal comisión.

De acuerdo con el Instrumento para la Evaluación de las Competencias Profesionales, se define a esta como "*la integración de saberes (conceptuales) y haceres (procedimental) en la formación del estudiante*". Para el primer semestre de la maestría, las competencias profesionales que se fomentaron fueron[m]:

1. "Identificar y analizar los principales problemas de salud – enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes, de 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*".

3. "Diseñar proyectos de investigación encaminados a conocer mejor la situación de salud - enfermedad de una población".

4. "*Utilizar crítica y creativamente los resultados de los proyectos de investigación*".

En el anexo 28 se presenta el Instrumento para la Evaluación de las Competencias Profesionales.

[m] *Como el propio documento señala, en cada semestre se decide con antelación, las competencias profesionales y transversales que se favorecerán o fomentarán.*

Evaluación de competencias transversales

Se entienden como "*aquellas actitudes que llevan al estudiante a tener desempeños satisfactorios en situaciones reales de trabajo*". De acuerdo con la Actualización del Plan de Estudios de la Maestría en Salud Pública, las competencias transversales que se deben favorecer son: profesionalismo, trabajo en equipo, aprendizaje permanente, proactividad, autoestima, asertividad, liderazgo, orientación hacia el logro y compromiso ético. Durante el primer semestre del programa de maestría, las competencias transversales que se evaluaron fueron el profesionalismo y la proactividad.

Reuniones plenarias

A lo largo del semestre se programaron dos reuniones disciplinares y cinco reuniones plenarias. El propósito ya ha sido comentado anteriormente. Vale la pena recordar que, estas reuniones fueron para la evaluación de las prácticas profesionales; sin embargo, mención especial merece la reunión plenaria final. En esta, realizada en el auditorio del Hospital Civil Luis F. Nachón, adicionalmente se invitaron a los asesores externos de cada uno de los equipos, así como, a las autoridades de las diferentes dependencias que participaron como sedes para la realización del diagnóstico de salud. La finalidad de la última reunión plenaria, además de la evaluación de las prácticas profesionales, era dar a conocer a las autoridades, a los asesores y a los profesores del módulo, los resultados más relevantes, las conclusiones y recomendaciones derivadas del documento final. Este ejercicio, fue enriquecedor para todos los participantes, porque tuvieron la oportunidad de escuchar la opinión de los tomadores de decisiones de diversas instituciones de salud y educación, lo que permitió mejorar el diagnóstico de salud antes de su entrega definitiva a las instituciones sedes.

El producto final

El producto al final ha sido la elaboración de once diagnósticos de salud. El documento final siempre será en esencia perfectible. Sin embargo, creemos que en sí mismo, el diagnóstico de salud elaborado por nuestros estudiantes bajo la supervisión de profesores y asesores, es un documento que proporciona a las instituciones, nuevos y mejores elementos para la toma de decisiones en salud. En muchos de los casos, inclusive, resulta ser una mirada novedosa sobre la manera de abordar los daños

a la salud y los factores que los determinan. Por otro lado, no menos importante, tenemos los aprendizajes adquiridos por los estudiantes de la maestría, quienes se enfrentaron en seis meses a un sinnúmero de problemas, retos y dificultades. Son ellos precisamente, quienes en un futuro cercano, se incorporarán o reincorporarán a las instituciones del Sector Salud en donde, seguramente, aplicarán las competencias adquiridas para la toma de decisiones y la resolución de problemas. De ser así, el diagnóstico de salud habrá cumplido como herramienta de la Salud Pública.

Agradecimientos

Para nosotros, los coordinadores de los módulos: Salud Pública I y Gestión del Conocimiento I, participar con esta encomienda fue una experiencia sumamente interesante, que implicó un reto difícil de alcanzar; no sólo por la complejo que puede llegar a ser, el coordinar un programa modular de esta naturaleza, sino por la calidad de los aprendizajes que se esperan favorecer en las y los estudiantes de una maestría con prestigio reconocido. La culminación exitosa de esta experiencia, no se entendería sin la participación entusiasta, activa y decidida de todos los actores involucrados: alumnos, profesores y asesores. Para todos ellos, sirvan estas líneas para externarles un atento agradecimiento, ya que, al final del camino, todos adquirimos aprendizajes significativos.

Los coordinadores.

INTRODUCCIÓN A LOS DIAGNÓSTICOS DE SALUD

Dr. Roberto Zenteno Cuevas

CENTRO DE SALUD URBANO BANDERILLA

A partir de la pregunta cuál es el estado salud de la población del área de influencia del Centro de Salud Urbano Banderilla durante el año 2007, se desarrolló el diagnóstico en salud de este centro, mediante un abordaje mixto, se describieron y analizaron los daños a la salud morbilidad y mortalidad de la población de responsabilidad, y se exploró la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario, el personal de salud y los directivos.

Los resultados muestran que 67 por ciento de las personas tienen entre de 45 a 49 años, que 35 por ciento de las viviendas tienen hacinamiento y 9 por ciento no cuenta con las condiciones para proteger a sus habitantes de EDAS. Se encontró en el estudio una incidencia acumulada general en menores de cinco años de IRAs de 70 por ciento, cifra muy superior a la reportada en la ENSANUT, que menciona una incidencia general del 42.7 por ciento. Otro hallazgo significativo fue el encontrado en EDAS en menores de cinco años, ya que en la ENSANUT se reporta una incidencia nacional del 12.9 por ciento, para Veracruz del 11.9 por ciento, sin embargo en el presente diagnóstico se observó una incidencia general del 19 por ciento.

Finalmente se observó en la población una prevalencia general de HTA de 6.4 por ciento, cifra muy por debajo de la reportada en el Plan Nacional de Salud, que en la población de 20 años y más es de 30.8 por ciento a nivel nacional, y entre 30.0 a 32.4 por ciento a nivel estatal. Las razones por las que se presenta esta diferencia deben ser estudiadas a mayor profundidad. Respecto a la edad se encontró que a mayor edad mayor prevalencia de HTA. La prevalencia para diabetes mellitus es de 3.8 por ciento, baja, si se compara con la nacional (8 por ciento) y la reportada en el manual de Salud Pública (10.7 por ciento). En el análisis de los factores de riesgo para hipertensión arterial, los datos más relevantes resultaron los antecedentes heredofamiliares (OR 3.20 IC 1.81 a 5.45) y padecer diabetes mellitus (OR 12.08, IC 5.47 a 26.53).

Un hallazgo importante fue que un gran número de habitantes sólo cuenta con los servicios del centro de salud por lo que esta gran demanda se vio reflejada en las variables discursivas de los usuarios del servicio a los que se tomó en cuenta para llevar a cabo la entrevista focalizada en el abordaje cualitativo, los cuales a pesar de la sobrecarga expresaron satisfacción por el servicio brindado.

Finalmente a partir del diagnóstico se presentaron las siguientes recomendaciones:1) Retomar dentro del programa de atención integral al menor de 5 años las acciones de capacitación en IRAs y EDAs. 2) Incidir en campañas informativas sobre alcoholismo y tabaquismo, sobre todo a adolescentes. 3) Insistir en programas para prevención y manejo de enfermedades crónicas, así como continuar con actividades como clubes de autoayuda que favorezcan el apego de los pacientes a sus tratamientos. 4) Buscar nuevas técnicas para lograr un mejor impacto en la población sobre estos daños a la salud llegando a los actores sociales para lograr un cambio en estilos de vida en favor de su salud. 5)Conocer la perspectiva de la población en cuanto al proceso salud-enfermedad con el fin de elaborar programas de intervención más efectivos y con mayor aceptación en los usuarios.

CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO MARABOTO

Con el objetivo de evaluar los daños a la salud de la población, los factoresde riesgo y explicitar las interpretaciones respecto de la calidad de atención, para proponer acciones específicas acordes con la situación identificada.

En este sentido se realizó un estudio bimétodo, aplicando un cuestionario a usuarios del centro de salud así

como entrevistas focalizadas a los actores sociales participantes.

Los resultados muestran que la pirámide poblacional posee un elevado porcentaje en la población de 15 a 19 años y una disminución en menores de 5.

En la identificación de los daños en Infecciones respiratorias agudas en < 5 años se encontró que la falta de lactancia materna hasta los 6 meses de edad es un factor de riesgo. Se detectó que la mayor incidencia en Infección de vías urinarias en mujeres ≥15 años durante el mes previo a la entrevista, fue en el grupo de edad de 50 a 59 años con 16.1 por ciento, seguido del quinquenio de 45 a 49 años, con 14.2 por ciento; se encontró que una mala higiene como el baño diario o la mala técnica de limpieza después de ir al baño son factores de riesgo para contraer IVUS.

El 56.6 por ciento de la población ≥12 años del área de responsabilidad de la unidad en estudio, no practica alguna actividad física de manera frecuente y 20 por ciento de esta misma población registra algún grado de obesidad.

Los daños detectados para mortalidad son diabetes mellitus tipo 2 con 12.5 por ciento, hipertensión arterial 12.5 por ciento, cáncer 12.5 por ciento, accidentes por vehículo de motor 37.5 por ciento e infarto agudo al miocardio 25 por ciento. Los factores de riesgo detectados para morbilidad de diabetes mellitus tipo 2 son herencia y edad. En cuanto hipertensión arterial se detectó que el 15.7 por ciento de los hipertensos, no reciben tratamiento alguno para su enfermedad.

Desde la mirada de los actores, la calidad para los prestadores de servicio en salud se traduce como la capacidad de dar un servicio adecuado a los pacientes, lo cual se puede lograr al mejorar las condiciones generales de la unidad de atención. Para los directivos se traduce la calidad de atención como el cumplimiento de los modelos de atención de la Secretaría de salud y los usuarios, sin embargo, piensan que la calidad de atención es cuestión de tiempo, es decir menor tiempo de espera para pasar a consulta y mayor tiempo en la duración de ésta, así como el surtimiento de recetas al cien por ciento, trato digno por parte de los servidores de salud.

El estudio finaliza con las siguientes recomendaciones: 1) Reforzar los programas de prevención de padecimientos crónico-degenerativos para mayores de 40 años, otorgando atención médica individualizada y de grupo, a la población de riesgo (de 20 años y más) y pacientes detectados. 2) Desarrollar una campaña anual de detección de hipertensos por medio de los núcleos básicos, fortalecidos con los estudiantes de las facultades de medicina y enfermería, que colaboren prestando su servicio. 3) Se recomienda una investigación con enfoque cualitativo y cuantitativo más profundo en cuanto a cómo es percibida la atención de calidad por parte de los usuarios, ya que esto ayudará a comprender el por qué de su actuar ante los programas de salud que se implementan. 4) Se recomienda una articulación de autoridades educativas de nivel superior de áreas multidisciplinarias y autoridades de las instituciones de salud, con el único objetivo de detener los embates de las enfermedades infecciosas y no infecciosas.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10 DEL IMSS 2007

A partir del objetivo: evaluar los daños a la salud de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz, así como identificar las percepciones de los directivos, prestadores de servicios y derechohabientes del proceso de salud-enfermedad. Se realizó el diagnóstico de salud de dicha unidad médica. Para lo cual se desarrolló una investigación bi-método, de tipo exploratorio, descriptivo, transversal y observacional. En el análisis cualitativo se consideraron a los tres tipos sociales participantes en el contexto: directivos, prestadores de servicios y usuarios. Por cada tipo social se registraron dos variables discursivas utilizando como técnica la entrevista individual focalizada. A partir de un universo de 47,435 usuarios se estableció un tamaño de muestra de 268 derechohabientes, a los cuales se les aplicó un cuestionario en donde se analizaron diversas variables para evaluar varios daños priorizados.

El análisis de los daños priorizados para esta clínica muestra a las Infecciones de Vías Respiratorias Superiores, Infecciones de Vías Urinarias y la Diabetes mellitus, como las primordiales y la evaluación de factores biológicas, socioculturales, ambientales y económicos. Los resultados muestran que el grupo etáreo predominante fue de 65 años y más, la razón hombre mujer fue 1.3, predomino una escolaridad de primaria 23 por ciento, y 49 por ciento se mencionó como económicamente activo, 50 por ciento se denominó como familia con nivel económico de ingreso alto. Sin embargo 80 por ciento mencionó condiciones favorables para la transmisión de EDAS. En el periodo evaluado se presentaron 22 casos de IRAS en menores de 4 años y 61 casos en mayores de 60 años. 32 mujeres de 15 años y más presentaron infección de

vías urinarias y el grupo etáreo con una mayor tasa de incidencia (13.3) fue de 20 a 24. Se encontró que 36 personas sufrieron un accidente en vehículo motor, y 2 muertes. El grupo con mayor número de casos fue en los hombres en el grupo de 25 a 44 años, pero la mayor tasa de incidencia se observó en el grupo de 15-19 años (12.5). En los resultados cuantificados, se encontró que la Diabetes mellitus e hipertensión (enfermedades crónico-degenerativas), fueron las enfermedades con mayor prevalencia en la población encuestada.

Sin embargo los resultados y la discusión que hacen los autores del diagnóstico, sobre el componente cualitativo es escaso y limitado. Finalmente las autores presentan varias recomendaciones de las cuales a partir del análisis del documento resaltan las siguientes: realizar estudios comparativos con otras unidades de medicina familiar para valorar los resultados obtenidos en este diagnóstico. Fomentar la cultura de la prevención en los derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS de Xalapa, Veracruz. Fomentar actitudes positivas para la adecuada atención del derechohabiente por parte del personal que conforma la UMF. Impartir pláticas preventivas de interés para los usuarios en general de la UMF No. 10. Poner mayor atención a las sugerencias por parte de los derechohabientes para la mejora de la UMF No.10. Fomentar la atención multidisciplinaria en el personal de salud.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Con el objetivo de conocer su estado de salud, así como comprender la percepción que tienen sobre su estado de salud los derechohabientes usuarios de la UMF No. 66 del IMSS. Se realizó el diagnóstico en salud de este centro, mediante la aplicación de una encuesta estandarizada a una muestra representativa de 267 usuarios derechohabientes de la consulta externa. Mediante un abordaje cualitativo se analizó la perspectiva de los servicios de salud vista desde 3 usuarios, 3 trabajadores y 2 directivos. Para el análisis epidemiológico se consideraron dos variables, la mortalidad y la morbilidad, dividida cada una de ellas en varias dimensiones. En el caso de la morbilidad, se realizó la evaluación de seis enfermedades: DM, HTA, IRAs, EDAs, IVU, alcoholismo, anorexia, depresión y omisión de cuidados. Para la mortalidad se revisaron cinco causas de defunción; HTA, DM, cirrosis, infarto agudo al miocardio y accidentes de tránsito.

Las características sociodemográficas muestran que la población participante está conformada en 57.2 por ciento por el grupo de 20 a 59 años de edad, mientras que los adultos mayores de 60 años y más conforman 10.18 por ciento de la población. La razón hombre mujer fue de 80 hombres por cada 100 mujeres. La tasa de mortalidad fue de 3.8 por cada 1000 derechohabientes, lo cual representa una tasa de mortalidad baja para la UMF No.66 en comparación con la tasa de mortalidad nacional o estatal, esto se puede deber al tamaño de la muestra. La tasa de natalidad fue de 26.74, más alta en comparación a la tasa nacional, estatal y de la delegación. La frecuencia de hacinamiento fue 25 por ciento, mientras que la proporción de viviendas en condiciones desfavorables fue 25.4 por ciento.

Se encontró que la prevalencia general de IRA en los niños con menos de 10 años fue de 50 por cada 100 menores, siendo los menores de 3 y 4 años los más afectados. La incidencia acumulada de acuerdo a la presencia de EDAs, en los 30 días previos a la realización del estudio, fue de 21.43 por cada 100 menores. En cuanto a IRAs en adulto mayor ésta fue de 35 por cada 100. La tasa para IVUs fue de 9.8 por cada 100 derechohabientes, presentando el grupo de 25 a 44 años la mayor frecuencia (5 por cada 100).

Este estudio arrojó una prevalencia de HTA de 9.7 siendo el grupo de edad de 65 años y más, el que presentó una prevalencia de 26 por cada 100, seguido del grupo de 50 a 59 años con 19.54 por cada 100. En el caso de este diagnóstico, se encontró que tanto los antecedentes heredofamiliares, la edad y el sexo son factores significativos en la presencia de la HTA. La prevalencia de diabetes fue de 12 por cada 100, siendo las mujeres de 50 a 59 años el grupo con mayor frecuencia. El tabaquismo, mostró una mayor prevalencia en la población de 12 años (15.8 por ciento). Dentro de las principales causas de mortalidad para el año 2007, se encontró en primer lugar a la hipertensión arterial sistémica, seguida de diabetes y accidentes. El 44.3 por ciento de la población participante refirió que el servicio prestado por la UMF No. 66, en cuanto a calidad es bueno, 41.9 por ciento considera que la calidad del servicio es regular y 10.2 por ciento afirmó que el servicio brindado por dicha unidad en cuanto a calidad es malo.

En la UMF No. 66 el promedio diario de consultas de medicina por turno es de 27, teniendo un rendimiento hora/ de 4.3 consultas. De acuerdo con estas cifras, la productividad de los consultorios del IMSS rebasan el número de consultas esperadas, por lo que el tiempo

de consulta para cada paciente parece ser insuficiente, lo cual podría mermar la calidad del servicio prestado, además de aumentar los tiempos de espera para recibir atención médica.

Al codificar el discurso de los tres tipos sociales se encontró que las creencias tienen presencia en el discurso de los diferentes actores con sus particularidades puesto que cada uno, se refiriere a ellas de manera diferente. Al abordar la salud con los diferentes actores sociales se encuentra generalidad discursiva en dos de los subconceptos definidos de manera anticipada (enfermedad y estado de salud), mientras que el tercer subconcepto (padecimientos) tiene variabilidad en el discurso, los conceptos emergentes que se integraron a partir de la codificación de las entrevistas (apoyo familiar y derechohabiencia) y pueden considerarse extremos por su escasa presencia en el discurso de los agentes sociales. Dentro de las recomendaciones se presentan: i) Resulta necesaria la capacitación y la educación en salud a la población en cuanto a las medidas básicas de higiene para la prevención de EDAS. ii) Brindar información oportuna sobre la DM y sus complicaciones así como los cuidados requeridos para mantener un control adecuado de la enfermedad, aunado a que en las unidades de salud se realice la evaluación del paciente de manera continua, incluyendo la revisión de la historia clínica, exploración física y, en los casos que lo ameriten, el uso de pruebas de laboratorio y de otros procedimientos de diagnóstico. iii) Es necesario implementar campañas intensivas de promoción, educación, y detección oportuna de HTA en población mayor de 20 años así como de control adecuado en los pacientes hipertensos existentes con la finalidad de retardar la aparición de las complicaciones. iv) Implantar acciones de prevención al tabaco en adolescentes, como informar a la población sobre las consecuencias sanitarias, así como la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. v) Ampliar la cobertura de los servicios y garantizar un trato digno y de respeto a la integridad humana, mejorar las condiciones adecuadas de los recursos físicos que garanticen a los pacientes una atención segura y confortable y, que sus características sean las adecuadas en términos de espacio, acondicionamiento y equipamiento técnico a fin de que los profesionales de la salud desarrollen su labor de la manera más efectiva posible .

UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE-INMECAFÉ

Con el objetivo de elaborar un diagnóstico de salud en el consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ, así como conocer la percepción del estado de salud de los usuarios prestadores de servicio y directivos para la toma de decisiones. Se desarrolló el siguiente diagnóstico de salud empleando la integración de metodologías cuantitativa y cualitativa, mediante el muestreo aleatorio simple, se encuestaron 196 viviendas de derechohabientes de la población de referencia, con la finalidad de identificar variables sociodemográficas, características de la vivienda, morbilidad y mortalidad, y factores de riesgo de daños priorizados, en el componente cualitativo se empleó un muestreo teórico estratificado para seleccionar 6 personas de la institución (2 usuarios, 2 prestadores de servicio de salud y 2 directivos) y se diseñaron entrevistadas focalizadas y observación.

Los resultados muestran que 56.3 por ciento de la población son mujeres y 43.6 por ciento hombres. El 52.2 por ciento está en el rango de 15 a 49 años, 99.5 por ciento son alfabetas. El 55.8 por ciento de la población es económicamente activa ocupada y se refleja en un nivel de vida alto.

El porcentaje de infecciones respiratorias agudas es 44 por ciento en menores de 5 años y 72 por ciento en mayores de 60 años. Se encontró alcoholismo en 52.6 por ciento de la población con edad de 25 a 44 años; 22 por ciento de la población reportó tabaquismo.

Se relacionó el riesgo de tener infecciones en vías urinarias con el consumo diario de refrescos; hipertensión obesidad e hipercolesterolemia; diabetes hubo relación con ser mayor a 40 años, tener obesidad y antecedentes heredofamiliares. La percepción que tiene de la calidad del servicio en general es buena. La productividad en el consultorio fue más alta en los meses de mayo y julio.

Componente cualitativo: la percepción de los usuarios del estado de salud se enfoca en la enfermedad, los prestadores de salud tienen percepciones institucionales y los retos que visualizan los directivos están relacionados con la atención.

En lo que respecta a IRAs en niños menores de 5 años (incidencia acumulada general poco más de 44 casos nuevos por cada 100 niños de este grupo de edad) y en adultos de 60 años y más 72 casos nuevos de IRAs por cada 100 personas mayores .

Las principales enfermedades crónico degenerativas que se presentaron fueron: diabetes mellitus tipo dos e hipertensión arterial sistémica, encontrando como principales factores de riesgo para la primera tener 40 años o más, ser de sexo masculino y obeso. En la hipertensión arterial sistémica, se encontraron como principales factores de riesgo tener como antecedente un familiar hipertenso y ser obeso.

En las IVUs se encontró como factor de riesgo significativo que quienes consumen menos de dos litros de agua por día presentan con mayor frecuencia de esta enfermedad.

Con respecto a la distribución anual de las 10 causas de muerte, se encontró que las dos principales son diabetes y cáncer; como ya se ha dicho enfermedades crónicas características de poblaciones envejecidas. En nuestro país en el 2005 la diabetes mellitus tipo 2, fue la enfermedad que ocupó el primer lugar como causa de muerte a nivel nacional de acuerdo a lo que se menciona en el Programa Nacional de Salud 2007-20121.

Sobre la percepción que tienen los usuarios acerca de a calidad de los servicios de salud, la opinión de las 196 personas entrevistadas, fue en 50 por ciento calificada como buena. Los usuarios-derechohabientes mencionan la importancia de la calidad en la salud relacionando el contar con profesionales de salud sensibles en la atención de sus necesidades, así como atender el desabasto de medicamentos, ésto es diferente para los directivos que relacionan calidad con contar con recursos materiales y humanos para atender las enfermedades.

Finalmente se presentan las siguientes recomendaciones: 1) Proponer una capacitación a tomadores de decisiones (directivos) sobre actualización en promoción de la salud y prevención primaria, secundaria y terciaria. 2) Dar mayor énfasis a la promoción de la actividad física, control de peso y monitoreo de la calidad del tratamiento, mediante cambios en los estilos de vida de los derechohabientes ya que el tratamiento integral previene la aparición de complicaciones. 3) Dar un mayor apoyo a este grupo de edad mediante la capacitación continua del personal de salud para la atención de las personas afectadas por las enfermedades crónico – degenerativas, ya que las tendencias indican que el número crecerá de manera constante en las décadas por venir provocando una mayor demanda y utilización de los servicios de consulta. 4) Reforzar los esquemas de vacunación correspondientes a influenza, neumococo y pentavalente en niños menores de 5 años. 6) Promover la buena alimentación, mediante trípticos, carteles o pláticas, en especial en aumentar la ingesta de agua al día. 7) Retomar el abordaje cualitativo para investigarlo con un nivel de mayor profundidad, ya que el personal de servicios de salud sólo identifica los aspectos de salud desde la perspectiva oficial, y es importante explorar la concepción de salud y la percepción que tienen del estado de salud de usuarios derechohabientes, de tal manera que se conozca la percepción más desde su experiencia como persona que ha estado en contacto con los usuarios derechohabientes. 8) Considerar aspectos relacionados con la calidad del servicio, ya que la opinión de los usuarios se puede complementar con el conocimiento técnico, para realizar mejoras en el servicio que se da en el consultorio auxiliar ISSSTE INMECAFÉ.

UNIDAD MÉDICO FAMILIAR XALAPA II DEL FOVISSSTE EN XALAPA, VERACRUZ

Este trabajo se realizó a partir del objetivo de valorar el estado de salud enfermedad de los derecho habientes del ISSSTE en la Unidad Médico Familiar Xalapa II FOVISSSTE, así como la percepción del estado de salud de los usuarios, prestadores de servicios de salud y directivos para la toma de decisiones. Para ello se desarrolló y aplicó un cuestionario a 244 derechohabientes de la Unidad Médico Familiar Xalapa II.

Los principales hallazgos fueron de importancia socio-demográficos; ya que se encontró una pirámide poblacional que difiere con la nacional y la estatal, con una base estrecha, grupo menores de 5 años (3.4 por ciento), un grupo amplio de mayores de 65 (10.2 por ciento), el grupo de 25-29 con 10.2 por ciento. 74.5 por ciento de la población posee nivel socioeconómico alto, 22.5 por ciento corresponden a nivel medio. El 100 por ciento de las viviendas presentaron condiciones favorables en nivel de vida.

En la identificación de daños se obtuvo que la incidencia acumulada de IRAS en niños menores de 5 años fue de 55.5 por cada 100 habitantes en los últimos 30 días previos al momento de la encuesta, este dato indica la importancia que aun sigue presentando las infecciones respiratorias agudas.

Se encontró una prevalencia de hipertensión arterial del 13.3 por ciento en la población al momento de la entrevista, y una prevalencia de diabetes mellitus del 7.9, por debajo de la Encuesta Nacional en Salud 2000. La evaluación de factores de riesgo para enfermar

por hipertensión arterial sistémica, el único riesgo con significancia fue ser > de 65 años. Dentro de los factores de riesgo para enfermar de diabetes mellitus, se encontró que el 100 por ciento de la población diabética tiene obesidad. El estudio cualitativo fue de gran valor debido a que se proyectaron o reflejaron las mismas preocupaciones centrales entre los distintos estratos: usuarios, prestadores de servicio y directivos, lo cual habla de una sociedad armonizada.

Finalmente se detallan las siguientes propuestas: 1) Promover hábitos y estilos de vida saludables en diversos apartados . 2) Fomentar actividades que, favorezcan la alimentación adecuada para cada uno de los grupos de edad, sexo y estados de salud. 3) Gestionar la formación de grupos para capacitación sobre buenos hábitos alimenticios, y educación para un auto-cuidado nutricional, capacitación para el conocimiento de enfermedades, sus consecuencias, tratamientos y el auto cuidado de éstas, especialmente las que dañan el estado de salud de esta población. 4) Capacitar a las madres o encargados del cuidado de los niños, abundar en temas que guíe a estilos de vida saludables. 5) Realizar compañas de educación vial, en todos los escenarios, por ejemplo en las escuelas donde se tiene una población cautiva. Además que son grupos de edad con mayor riesgo.

ESCUELA DE BACHILLERES "RICARDO FLORES MAGÓN"

El presente trabajo tiene como objetivo conocer el estado del proceso salud-enfermedad y factores de riesgo de las familias y adolescentes de la escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón (Xalapa, Veracruz; México) así como comprender el valor que le dan los adolescentes a su salud, la percepción del prestador de servicios de salud acerca de la salud de los adolescentes y los retos que en términos de salud tienen que resolver los directivos de la Institución. Para ello se realizó un estudio bimétodo (cuantitativo/cualitativo), para el abordaje cuantitativo se realizó un estudio exploratorio descriptivo, observacional-comparativo y transversal el abordaje cualitativo fue de carácter interpretativo.

Este estudio permitió conocer el estado de salud-enfermedad de los adolescentes de la escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón para lo cual se aplicó la escala de Birleson para el diagnóstico de depresión, y preguntas relacionadas para detectar factores de riesgo para la misma, y la escala, el Apgar familiar que mide el nivel de función familiar.
Los 263 adolescentes encuestados presentaron edades que fluctuaron entre los 14 y los 18 años. En términos generales se observaron niveles más altos de depresión y desempeños académicos marcadamente inferiores a los obtenidos por alumnos de escuelas privadas. Se identificaron a 120 alumnos encuestados que de acuerdo a la escala de Birleson están deprimidos, 75 correspondieron al sexo femenino y 45 al sexo masculino. Los cuales según lo referido en el abordaje cualitativo, presentaron un mayor consumo de drogas por algunos estudiantes para mantener un buen rendimiento escolar. Tres factores resultaron con asociación estadísticamente significativa a depresión: a) insatisfacción con los logros escolares (OR=3.7,IC95 por ciento 2.2 a 6.4); b) disfunción familiar (escala de Apgar familiar) (OR=2.8, IC 95 por ciento1.5 a 5.3) y c) padres divorciados (OR= 2.7).

En la encuesta a los familiares de los adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" con respecto a HTA no fue de significancia ya que no se pudieron valorar factores como tabaquismo, obesidad y co-morbilidad con diabetes solamente se pudo valorar el factor de riesgo que correspondió a hipercolesterolemia encontrando una razón de momios de 0.43 con un intervalo de confianza de 95 por ciento de 0.15-1.21.

Sobre las características de diabetes mellitus muestran que la frecuencia según edad y sexo predominan los grupos de 45-64 años (48.4 por ciento) y 65 años y más con 42.3 por ciento, correspondiendo 66 por ciento al sexo femenino, concluyendo que la obesidad se asocia con la diabetes mellitus.

Sobre el sedentarismo y a pesar de tener una razón de momios de 6.49 éste no fue significativo ya que el intervalo de confianza al 95 por ciento fue de 0.80-141.39 esto quiere decir que para los encuestados no realizar ejercicio no significa un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus.

Finalmente dentro de las principales propuestas se identificaron: 1) Desde el punto de vista preventivo, los padres pueden colaborar educando y reforzando el valor de la salud en casa. Organizar talleres que promuevan la comunicación entre padres e hijos resultaría necesaria, además de otras actividades donde las relaciones docente-alumno facilitaran un mayor acercamiento y generaran mayor confianza de los jóvenes para acercarse en caso de problemas. 2) Los docentes pueden apoyar y favorecer un clima que propicie mayor cohesión y no tanta competitividad. Los cambios en las relaciones interpersonales de los estudiantes permiten aumentar la

autoestima y tener actitudes positivas hacia la vida. A su vez, disminuir la depresión y la ansiedad favorecería un rendimiento escolar adecuado sin resultar perjudicial para la salud. 3) Desarrollar pláticas y talleres sobre problemas que aquejan a la adolescencia, tales como sexualidad, trastornos alimenticios, y manejo de estrés resultaría en un medio para canalizar niveles de estrés y tensión que los jóvenes presentan por presiones escolares.

ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA INDUSTRIAL No. 3

Con el objetivo de evaluar el estado de salud de la población estudiantil de la ESTI3 y de sus familiares a través de la identificación de los daños, los factores que los determinan, los recursos disponibles para la salud y la perspectiva de los actores sociales de la escuela. Se desarrolló este estudio de tipo cuanti-cualitativo. Para el abordaje cuantitativo, se utilizó un sistema de muestreo aleatorio simple estratificado por conglomerados. Se aplicó un cuestionario estructurado a 272 adolescentes con sus respectivas familias. Para el cualitativo se realizaron entrevistas focalizadas individuales y colectivas a los actores sociales de la escuela seleccionados: directivos, prestadores de servicio y alumnos.

La incidencia de IRA en niños menores de 5 años fue de 55 por ciento. La incidencia de EDA que se encontró en este estudio fue de 27.3 por ciento en menores de cinco años. No fue posible realizar una evaluación adecuada de factores de riesgo para IRA y EDA, dado que la baja frecuencia del evento no permitió comparar por posibles factores de exposición.

La incidencia de infección de vías urinarias para las mujeres de 15 años y más fue de 2.4 por ciento, predominando en el grupo etáreo de 60 a 64 años de edad con 7.1 por ciento. Se identificaron los siguientes factores de riesgo para IVU: consumo de alimentos "chatarra" (OR = 4.1 IC95 por ciento 1.1 a 14.7) y la técnica inadecuada de limpieza (OR=5.3 IC95 por ciento 1.5 a 17.9).

Se encontró una prevalencia de hipertensión arterial sistémica en personas de 20 años y más de 7.5 por ciento. En el análisis de riesgos mostró que ser mayor de 20 años (OR=40.2 IC 95 por ciento 5.6 a 289.7), tener un familiar con hipertensión (OR=5.1 IC 95 por ciento 2.4 a 289.7), y aquellas personas que no realizan ejercicios cotidianamente (OR=9.1 IC 95 por ciento 1.1 a 10.6) tuvieron un riesgo significativo incrementado. Se reporta una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 de 3.9 por ciento En el análisis de riesgos para diabetes, la edad mayor de 40 años (OR=8.4 IC 95 por ciento 3.2 a 22.1), tener un familiar con diabetes (OR=4.7 IC 95 por ciento 1.8 a 11.9), y obesidad (OR=3.1 IC 95 por ciento 1.4 a 6.7) fueron factores de riesgos estadísticamente significativos.

La prevalencia del consumo de alcohol en la población general fue de 5.0 por ciento y en el grupo de 10 a 19 años, se reporta una prevalencia de consumo de alcohol de 27 por ciento. La prevalencia general de tabaquismo fue de 10.7 por ciento para la población encuestada. En adolescentes, fue de 25 por ciento,

Derivado del abordaje cualitativo se identificó que para los adolescentes es muy importante la aceptación social y el sentido de pertenencia, por lo que es probable que de ello se derive un alto consumo de alcohol y de tabaco. Aunado a lo anterior, parece ser que una deficiente atención por parte de los padres favorece la incursión de los adolescentes en las adicciones como una forma de llamar su atención. Se observaron generalidades en lo que respecta a los malos hábitos de alimentación principalmente el consumo de productos chatarra, en la percepción y opinión que la cafetería debería mejorar la calidad de los alimentos que vende.

Finalmente como propuestas de mejora se plantean las siguientes: 1) Actualizar el diagnóstico de salud anualmente. 2) Mejorar el servicio de la cafetería, en cuanto a la preparación y venta de alimentos. 3) Dar pláticas de adicciones a los padres, ya que en este estudio se demostró la alta prevalencia de alcoholismo y tabaquismo. 4) Se sugiere que el departamento de psicología u orientación escolar realice las pesquisas de depresión en población escolar con el fin de identificar aquellos sujetos que necesiten atención. 5) Dar pláticas a los padres para orientar hacia una buena alimentación en sus hijos. 6) Dar pláticas a los alumnos sobre adicciones, en particular refiriéndose al consumo de tabaco y de alcohol en los adolescentes. 7) Se recomienda la sistematización de actividades deportivas que promuevan la convivencia grupal y/o escolar entre los alumnos y maestros para prevenir la depresión en los alumnos. 8) Se recomienda la vinculación entre los directivos de la escuela y la Secretaría de Salud para realizar acciones de atención preventiva, platicas, cursos y otro tipo de actividades.

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA REGIÓN XALAPA

Con el objetivo de valorar las condiciones de salud de los académicos derechohabientes de la unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana, así como obtener respuestas de fondo acerca de lo que las personas piensan de la salud y de los retos para ofrecer servicios médicos de calidad, con el fin de proporcionar información que permita implementar acciones de salud. Se realizó el diagnóstico de salud a este grupo de académicos mediante un estudio bimétodo con un abordaje cuantitativo y cualitativo. Analizando una encuesta aplicada a 267 académicos derechohabientes, en lo referente al abordaje cualitativo se analizaron las interpretaciones de conceptualización de salud y de retos para ofrecer servicios médicos de calidad, obtenidas de las entrevistas realizadas a los tipos sociales.

La pirámide de población de académicos mostró que los grupos de edad de 25 a 44 años y el de 50 a 59 años representaron el mayor porcentaje. En cuanto a los daños identificados en la UAIS, la prevalencia de diabetes mellitus, fue significativa, encontrándose como factor de riesgo la edad (40 años y más). De igual manera la prevalencia de hipertensión arterial sistémica arrojó como factor de riesgo significativo la obesidad.

Las principales causas de morbilidad, se observaron en: infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años y en adultos mayores de sesenta años, infecciones de vías urinarias, siendo el grupo de 25 a 44 años el de mayor afectación, así como los accidentes de tránsito por vehículo de motor. En lo referente a prevalencia, la hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo fueron los principales daños a la salud. Las principales causas de mortalidad en la población de estudio fueron: cirrosis, cáncer y vejez.

En lo referente al abordaje cualitativo, se pudo observar que los académicos hacen interpretaciones distintas del concepto de salud. En términos de la perspectiva de los prestadores del servicio médico, la interpretación respecto de la conceptualización de salud, es reconocida a partir de la enfermedad, principalmente la enfermedad física. La correspondencia entre las enfermedades encontradas en los resultados cuantitativos y las mencionadas por los prestadores del servicio médico, guardan estrecha relación, puesto que éstos ubican a las enfermedades crónico degenerativas como las de principal prevalencia.

Desde la mirada de los directivos, el hallazgo obtenido respecto a calidad en la estructura, instalación y equipos, hace referencia a la mejora de las condiciones del inmueble, tales como los consultorios médicos.

Es importante mencionar que el estudio se realizó con una parte de la población de académicos derechohabientes de la UAIS de la UV, por lo que los resultados son válidos únicamente con la población de estudio. Una de las limitaciones más importantes fueron que el estudio se desarrolló de manera transversal, y el tiempo para su realización, así como los recursos humanos con los que se contó fueron insuficientes. Sin embargo este estudio permitirá contar con información local de las condiciones de salud-enfermedad de una parte de la población que atienden, para tomar decisiones en la elaboración y puesta en práctica de un diagnóstico de salud de todos los derechohabientes del servicio médico de la UV.

A partir de los resultados obtenidos se realizan las siguientes recomendaciones: 1. Realizar un diagnóstico de salud de toda la población derechohabiente del servicio médico de la Universidad Veracruzana. 2. Incluir acciones de promoción de la salud, prevención y control de riesgos sanitarios, así como la detección temprana de enfermedades. 3. Modernizar y ampliar la infraestructura de UAIS de la UV, de acuerdo a las necesidades de atención y las características de la población derechohabiente. 4. Contar con un sistema de información que incluya los registros de todas las enfermedades que se presentan en la población derechohabiente y las causas de mortalidad de la población derechohabiente.

CASA DE LA UNIVERSIDAD DE LA COMUNIDAD DE “EL CONEJO”

El objetivo de este trabajo fue el determinar los daños a la salud de la población que habita en esta comunidad, así como algunos de sus factores condicionantes y los recursos con que cuentan para su atención; además de explorar la valoración que hacen los actores sociales sobre la salud y los servicios que presta la Casa de la Universidad.

Para ello se empleó una metodología bimétodo. La información sobre los daños a la salud se obtuvo mediante un cuestionario aplicado a 120 viviendas y la información de la valoración que hacen los actores sociales sobre el servicio que presta la Casa, se obtuvo mediante grupo focal y entrevista focalizada.

Los datos demográficos mostraron una forma atípica, en relación a parámetros estatales y nacionales. Por ejemplo, la distribución por grupo de edad no corresponde a una pirámide poblacional típica del estado de Veracruz donde los menores de cinco años ocupan 1.7 por ciento de la población total y 53 por ciento lo abarcan adultos jóvenes de 15 a 49 años, por cada 49 hombres hay 51 mujeres, razón ligeramente más baja que la nacional de 0.96. Se observó una tasa de nacimiento de 3.1 por cada cien habitantes, muy por abajo de la estatal de 18.52 y para el país de 17.7 por cada cien habitantes. La mortalidad mostró el mismo comportamiento con una tasa de 4 por cada mil habitantes, menor a la estimada para Veracruz en el mismo año, de 5.07 o la nacional de 4.45 por cada mil habitantes, según datos del INEGI. Se observó un analfabetismo alto del 15. 4 por ciento y escolaridad baja, 39 por ciento de la población no cursó ningún estudio; sólo el 42 por ciento de la población mayor a 14 años es económicamente activa. El 92.2 por ciento de las viviendas presentan condiciones desfavorables como piso de tierra, techo de lámina, falta de drenaje y de agua potable, lo que representa riesgo para enfermedades diarreicas agudas, mientras que 96.6 por ciento de las viviendas presentan condiciones desfavorables como el uso de leña para cocinar, techo de lámina, paredes de madera o cartón, uso de la cocina para dormir y hacinamiento, lo que representa un riesgo para adquirir o desarrollar enfermedades respiratorias agudas.

Con respecto a las enfermedades respiratorias agudas, se encontró en los niños menores de cinco años una incidencia acumulada de 0.71, mientras que en los adultos mayores fue de 0.41 lo que nos indica que la IRAS en El Conejo, al igual que en el resto del país, son una de las principales causas de consulta en las unidades de salud. Dentro del análisis de los factores de riesgo para IRAS en menores de cinco años, se demostró que el nivel económico bajo representa dos veces más riesgo de contraer la enfermedad, con un intervalo de confianza de (0.84 - 5.10), seguido de un esquema incompleto de vacunación anti-influenza con un riesgo bajo de 1.18 (0.85 - 1.65). a pesar de no ser significativamente el intervalo de confianza porque el límite inferior es menor a uno.

Para el caso de EDAS en niños menores de cinco años, el factor de riesgo de mayor peso fue la falta de consumo de agua potable, con un riesgo relativo de 4.64 y un intervalo de confianza de (2.40 -8.98), seguido del indicador de que no se lavan las manos al niño antes de comer, con un riesgo relativo de 2 y un intervalo de (0.74 - 5.39); por último, apareció el nivel económico bajo con un riesgo de 1.3 y un intervalo de (0.35 - 4.79).

Con respecto a las enfermedades crónico degenerativas, el comportamiento fue semejante a lo observado en poblaciones rurales, donde convergen daños asociados a la pobreza (como los infecciosos) con daños asociados a estilos de vida no saludables (como la diabetes, la hipertensión, el tabaquismo o el alcoholismo); en este sentido, la prevalencia de hipertensión arterial en mayores de veinte años fue alta (4.2 por ciento). En el caso de la diabetes mellitus, para la población mayor de veinte años se encontró una prevalencia del dieciséis por ciento, semejante a la prevalencia estimada para el estado de Veracruz (de 16.1 por ciento) y por arriba de la prevalencia de 10.7 estimada para el país, según la Encuesta Nacional de Salud 2000.

Para el caso de la hipertensión arterial el factor de riesgo de mayor peso fue de tipo heredo-familiar, con un riesgo relativo de 3.04 y un intervalo de confianza de (0.89 - 10.27), seguido de la obesidad, con un riesgo de 2.18 (0.64 - 7.49) y no realizar ejercicio físico, con un riesgo de 2.11 (0.28 - 44.21). Para el caso de la diabetes mellitus, ser mayor de 40 años representa 35 más veces de riesgo de padecer la enfermedad (9.55 - 151.84), seguido de ser obeso, con un riesgo de 2.56 (0.98 - 6.78) y tener un familiar diabético, con un riesgo de 1.94 (0.71 - 5.27); esto es interesante ya que en esta población estudiada la diabetes está más asociada a la edad, como es de esperarse en las enfermedades crónico degenerativas, y a la obesidad; sin embargo, el componente genético tiene poco peso, lo que posiblemente nos indique que en estos casos la enfermedad está más asociada a hábitos alimenticios asociados a la obesidad.

Todos los datos anteriores reflejan que El Conejo, como muchas otras comunidades rurales, presenta un panorama epidemiológico en transición, según el cual las condiciones de rezago social y los estilos de vida inadecuados están favoreciendo el desarrollo de enfermedades crónicas a la par de las infecciosas que típicamente aquejan a este tipo de población. Para el caso de las enfermedades crónico degenerativas, un factor principal sería los hábitos alimenticios, principalmente el consumo diario de refresco que podría favorecer la obesidad, misma que por su parte actúa como factor de riesgo en la hipertensión y en la diabetes; el factor heredo familiar también está jugando un papel muy importante principalmente en la HTA, más que en la diabetes.

La población participante en las técnicas cualitativas refiere que sus principales preocupaciones son la falta de empleo y la demanda económica que representa una enfermedad emergente o de carácter severo.

Es en este marco que tanto usuarias como prestadores del servicio construyen su concepción y aprecio sobre la Casa de la Universidad como un espacio donde se obtiene respeto, ayuda, donde se resuelven problemas, donde se aprende y se enseña. En este sentido, los usuarios del servicio de la Casa de la Universidad expresan una valoración relativamente estable con relación a la calidad de su servicio; presentándose desde un reconocimiento a su capacidad resolutiva hasta la expresión del agradecimiento por el apoyo que les presta para la solución de los problemas de salud que les aquejan.

Se concluye que el diagnóstico de salud que se realizó en la comunidad de El Conejo permitió un acercamiento epidemiológico e interpretativo a las condiciones de salud y enfermedad de la población, así como a la posible relación de esto con el servicio que la Casa de la Universidad Veracruzana proporciona a través de un equipo de prestadores del servicio social, de carreras relacionadas con la salud. Dentro de las propuestas más importantes destacan: 1) Fortalecer la participación que el equipo de la Casa de la Universidad tiene en la promoción de una cultura de la salud integral, el autocuidado y la prevención de enfermedades que más se presentan en la población, a través de diseñar y/o ejecutar estrategias de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo asociados a enfermedades infecciosas (como IRAS, EDAS e IVUS) y crónico degenerativas (especialmente, diabetes, hipertensión arterial y obesidad). 2) Actualizar el diagnóstico de salud cada año, para evaluar el estado de salud de manera continúa y dar seguimiento a las propuestas de mejora, ya que con ello se contribuirá a la salud de la comunidad. 3) Fortalecer la formación, asesoría permanente y seguimiento en campo de los prestadores del servicio, en temas como el propósito y filosofía del proyecto de las Casas, la planeación, registro y evaluación de sus actividades, el trabajo en equipo y la promoción de la salud. 4) Establecer coordinación entre la Casa de la Universidad y el Centro de Salud de la comunidad, para articular y fortalecer las acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

CASA DE LA UNIVERSIDAD "MOLINO DE SAN ROQUE"

Con la finalidad de evaluar los daños a la salud y sus factores de riesgo, que presenta la población de responsabilidad de La Casa Universidad Molino de San Roque, así como conocer las condiciones desde el punto de vista de los actores (prestadores de servicio y población), entendiendo sus percepciones, la valoración y los retos que plantean. Se realiza esta investigación con un abordaje bi-método en la que se utilizaron estrategias metodológicas cuantitativa en la que el tipo de estudio es descriptivo, único, transversal y observacional, y cualitativa donde el tipo de estudio es descriptivo/ comprensivo, para lo que se calculó una muestra representativa de 251 viviendas. El analfabetismo es significativamente menor que en el estado de Veracruz por 10 puntos porcentuales, siendo del 4 por ciento.

Los resultados muestran que la población económicamente activa es de 24.3 por ciento mientras que la población en edad productiva es de 71.72 por ciento. La tasa de natalidad es de 16.5 nacimientos por cada mil habitantes y la mortalidad para el 2005 fue de 21.04 por mil habitantes.

Un dato importante que indica la encuesta es con respecto a la utilización que la población hace de los servicios de la Casa Universidad "Molino de San Roque", únicamente 8.4 por ciento de la población los utiliza; lo cual coincide con la visión de uno de los directivos de la Casa, respecto a que la promoción de la misma, no se hace a gran escala.

En este estudio al identificar los factores de riesgo para las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 5 años de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" en los meses noviembre - diciembre del 2007, se contó con un universo de 111 menores de 5 años, de los cuales enfermaron 69 correspondiendo al 62.1 por ciento .

Las enfermedades diarreicas agudas mostraron 9.9 por ciento y se detectaron causas multifactoriales como nivel económico, condiciones de la vivienda, falta de servicios, disposición inadecuada de excretas, falta de capacitación a quien se encarga del cuidado del menor de 5 años, y falta de información de promoción de la salud al público en general para la prevención, que mejorarían con la intervención del personal de la Casa Universidad Molino de San Roque.

En el caso de este estudio en la muestra y hallazgo observaron que 17.7 por ciento de la población encuestada padece HTA. Finalmente dentro de las propuestas se menciona: 1) Una mayor vinculación con las diferentes facultades de la Unidad de Ciencias de la Salud para reforzar la promoción de la salud por medio de los estudiantes de práctica profesional, en

servicio social y tesistas. 2) Incrementar la difusión de la existencia de la Casa Universidad entre su población de responsabilidad y así dar a conocer los servicios que se ofertan en la misma. 3) Se recomienda un diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas, su manejo integral, pero sobre todo su prevención informando a la población sobre los factores de riesgo; por medio de la promoción de estilos de vida saludables combatiendo el tabaquismo, sedentarismo, obesidad, alcoholismo y alimentación inadecuada. 3) En cuanto a las enfermedades infecciosas se recomienda la realización de promoción a la salud en cuanto a hábitos higiénicos y protectores, en conjunto con las autoridades sanitarias y universitarias, referente a servicios básicos, como drenaje, mejoramiento de vivienda.4) Capacitar a las madres y responsables de los menores de 5 años en el manejo de IRAS y EDAS.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD URBANO BANDERILLA

Norberto Crescencio Galván Valentín
Judith del Carmen Hernández Siliceo
María Cristina Montejo Briceño

Asesor interno: Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
Asesor externo: Dra. Imelda Martínez Bueno

1. RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado de salud a través de la identificación del daño, los factores de riesgo que lo determinan y la perspectiva de los actores sociales del área de influencia del Centro de Salud Urbano Banderilla en el año 2007, con el fin de hacer recomendaciones para el diseño de estrategias que logren su mejoramiento.

Material y métodos: Se realizó un diseño bimétodo, el primer acercamiento fue a través de la observación del escenario del diagnóstico donde se conoció a los prestadores de servicio y los derechohabientes que acuden a la unidad; posteriormente se realizó un análisis de los daños para priorizar factores de riesgo de las enfermedades que aquejan a los derechohabientes de la unidad. Se realizó la elaboración del instrumento para el levantamiento de la encuesta el cual consta de cinco apartados, del cual se realizó una muestra con un total de 322 cuestionarios. En el apartado cualitativo se seleccionó a los actores sociales que nos brindaran una mayor información en la percepción del estado de salud, las variables discursivas seleccionadas fueron divididas por estratos en los cuales se tomó dos usuarios, dos directivos y dos prestadores de servicio.

Resultados: Se encontraron riesgos significativos en IRAs, diabetes mellitus, hipertensión arterial e IVUs. El resto de los factores no alcanzaron intervalos de confianza mayores a uno.

Discusión: El presente estudio posee limitaciones importantes, derivadas del cuestionario, el tamaño de muestra y la recolección de datos. Sin embargo, es un referente que puede ser útil para elaborar propuestas de intervención que tengan un impacto en la salud de la población de responsabilidad del Centro de Salud Urbano Banderilla.

2. INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de Salud del centro de salud Banderilla es el primer esfuerzo de investigación de los alumnos adscritos a esta unidad, de la generación 2007-2009 de la Maestría en salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana el cual ha sido realizado con un abordaje cuantitativo y cualitativo. Este trabajo pretende contribuir al conocimiento de los principales problemas de salud de la población del área de influencia, así como cumplir con los requerimientos académicos de la maestría.

El presente diagnóstico está sustentado en los conceptos teóricos y prácticos de la salud pública, que han sido aplicados para conocer la situación actual de la población, cuyos resultados pueden ser orientadores en proyectos de intervención.

El primer referente de diagnóstico de salud realizado con esta metodología dentro de la unidad fue en el año 2006 por alumnos del Instituto de Salud Pública, el cual ha servido como base para el estudio de esta población, puesto que este antecedente facilitó el acceso a información en la unidad, con su personal médico y paramédico, así como el acceso a la población.

En la primera etapa de este trabajo nos sirvió para relacionarnos con la unidad, los servicios que ofrece, el personal que labora, y su población.

Posteriormente solicitamos a Jurisdicción sanitaria V, la información necesaria para realizar la priorización de daños. Con base en los resultados de cada equipo se realizó un cuestionario integral.

Con el fin de validar los instrumentos, se llevó a cabo una prueba piloto por los miembros del equipo, y de acuerdo a los resultados se realizaron los ajustes para el instrumento final.

Para la realización de la encuesta, se contó con el apoyo de estudiantes de la Facultad de Medicina y Nutrición

de la Universidad Veracruzana, la captura de datos se realizó por os integrantes del equipo con el programa estadístico SPSS.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Argumentación teórica

En el contexto internacional, la Organización Panamericana de Salud (OPS)[1] define a la salud como "la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas, en otras palabras, no es la presencia o ausencia de infecciones sino también a las condiciones sociales propias del desarrollo de la sociedad". Así lo dejó en claro Julio Frenk al referirse a todos los factores que intervienen en las condiciones de salud de la población, confluyen lo biológico y social, el individuo y la comunidad, lo público y privado"[2].

La salud está condicionada por la estructura socioeconómica que determina incluso, el nivel ideológico, o sea el conocimiento, las creencias, los hábitos y la conducta de la población[3].

Fortalecer la función rectora de las autoridades en salud para dar cumplimiento a las funciones esenciales de la salud pública (FESP) que competen al Estado en sus tres niveles: federal, estatal y municipal, es el reto que se tiene que enfrentar, por lo que es necesario fortalecer a la salud pública. Esta se encarga de prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través de sus 11 funciones[1]:

Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población, vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, promoción a la salud, participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud, desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoye los esfuerzos en salud pública y contribuya a la rectoría sanitaria nacional, regulación y fiscalización en salud pública, evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios, desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos, investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública y reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Estas funciones mencionadas líneas arriba, se aplican a través de programas, leyes y normas gubernamentales, por lo que tienen implicaciones político-sociales. Es el gobierno en su calidad rectora de los programas y acciones, la entidad que tiene que poner en práctica estas funciones y, la sociedad, debe ser copartícipe como beneficiaria de las mismas. Dentro de las FESP es pertinente abordar la primera ya que guarda relación con la elaboración del diagnóstico de salud a través de los siguientes puntos:

1. Evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y sus determinantes sociales, con énfasis en la identificación de desigualdades en riesgos, daños y acceso a servicios.
2. Identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la
evaluación de los riesgos de salud y la demanda de servicios de salud.
3. Manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.
4. Generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud[1].

España destaca en este ámbito a través del Programa de Ciudades Saludables realizado por la Universidad Complutense de Madrid, la cual sustenta conceptualmente el diagnóstico de salud como una aproximación al conocimiento de salud de una población y los factores que la condicionan, se identifican los principales problemas y necesidades, así como los recursos disponibles, estableciendo prioridades y proponiendo áreas de acción. Esto sirve como punto de partida para la elaboración de programas y estrategias locales[4].

A escala internacional muchos son los trabajos que se han realizado en torno a la salud pública y en especial a los diagnósticos de salud, tales como el Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo de Cuba, desarrollado en 1996, así como el diagnóstico de salud de los pobladores de la región sur de Argentina realizado en 2003, entre otros han demostrado un enfoque integral de la salud pública. En su mayor parte estos estudios sobre salud pública contemplan las siguientes fases: Recogida de datos a partir de una serie de fuentes, descripción del municipio, análisis de la información, e identificación de problemas. Sin embargo el diagnóstico de salud no es solamente recogida de datos. "Su propia elaboración se orienta a seleccionar y filtrar la información relevante, formulando conclusiones que posibiliten valorar la gravedad de los problemas, indicando cuales son los principales. Se trata de un trabajo orientado a la acción no hacia la investigación"[4].

Algo análogo ocurre cuando se realiza un diagnóstico en el marco de la medicina, donde la historia clínica no es simplemente la recogida de información, cuando preguntamos ¿qué es lo que pasa? la respuesta se abre hacia la curación, es decir si conociéramos exactamente a través de la interpretación de los datos que es lo que plantea problemas, se podría predecir cual sería la estrategia a llevar cabo para su solución. Tampoco se trata de un documento aislado, sino que debería ser planteado como un proceso cíclico, como publicaciones de series de diagnósticos en intervalos regulares de tiempo. "Algunos autores consideran que el Diagnóstico de Salud es la primera etapa del proceso de Planeación en Salud"[5].

Ahora bien, la salud puede ser estudiada y conceptualizada desde diferentes enfoques: sanitario, sociológico o económico; aspectos que tienen una profunda implicación e interrelación. Pero, además de estos puntos de vista, existen dos opciones para el abordaje metodológico de un diagnóstico de salud. Una primera opción es el desarrollo del mismo mediante el método cuantitativo apoyado en los indicadores de daños a la salud, de los indicadores de los factores de riesgo para la salud y de los indicadores de las intervenciones del sector salud[5].

La segunda opción es la realización del diagnóstico de salud a través del abordaje cualitativo basado en metodologías participativas que involucren a la población en estudio. La información es menos técnica, pero permite que la población se involucre[5].

Para la realización de este diagnóstico fue necesario hacer una distinción entre modelos y teorías. "Se entiende como modelos las representaciones de la realidad mediante aspectos o elementos esenciales. La teoría en cambio, es entendida como la sistematización de un determinado conocimiento, organizado de tal manera que puede replicarse en otras circunstancias o sobre objetos similares"[6].

Un ejemplo a escala nacional del uso de un modelo y una teoría es el Diagnóstico Preliminar de la Situación Salud en el Municipio de Bustamante, en el norteño estado de Tamaulipas, México, en el cual el Cuerpo Académico de Desarrollo Social de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, hace referencia del Modelo Ecológico de Hancock 1984 y McLeroy 1988 y, de la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy 1944, los cuales han dado lugar a modelos o representaciones simplificadas del fenómeno salud-enfermedad. Este modelo ha aportado un marco de referencia para analizar la salud, los factores que influyen en ella y las actividades que deben emprenderse para mejorarla[7].

En este diagnóstico, el del municipio de Bustamante, se abordó una metodología de tipo exploratoria, descriptiva, eligiendo cuatro comunidades como objeto de estudio: la cabecera municipal de Bustamante, Felipe Ángeles, La Cardoncita y Gabino Vázquez. Las cuatro comunidades seleccionadas están clasificadas en el nivel dos de bienestar, de acuerdo a la clasificación propuesto por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI 2000). Los criterios de inclusión fueron la ubicación geográfica: cercana, intermedia y lejana; y la densidad demográfica. El muestreo fue probabilístico intencional[7].

En lo que respecta al abordaje cuantitativo, los investigadores que participaron en el diagnóstico que venimos analizando, aplicaron la técnica de encuesta para determinar el nivel de bienestar de 99 familias y para el enfoque cualitativo se aplicaron entrevistas para complementar la visión de los datos. Las categorías seleccionadas para el análisis fueron tipo de familia, sexo con la escolaridad, ocupación, estado civil de sus integrantes, además de todas las relacionadas con salud, como morbilidad, mortalidad, servicios médicos y centros rurales de salud[7].

Con referencia la escolaridad, la encuesta reveló que 4.5 por ciento de los habitantes son analfabetas; 38 por ciento no terminó la primaria; 30 por ciento cuenta con estudios completos de primaria; 18.4 por ciento terminó la secundaria; 7 por ciento con nivel de bachillerato o equivalente y 3.6 por ciento cuenta con nivel de licenciatura[7].

El estudio arrojó como resultado que las mujeres se casan en promedio a los 16 años de edad. En cuanto al estado civil, 49.8 por ciento de los hombres están casados; 44.2 por ciento son solteros; 2.8 viven en unión libre; 2.1 son viudos y 4.9 por ciento están separados. En cuanto a los datos económicos, 61 por ciento de los habitantes de las tres comunidades pertenecen a la población económicamente activa; 30.2 por ciento están ocupados; 8.1 por ciento desocupados y sólo existen tres pensionados[7].

Las poblaciones guardan las siguientes características: casas de construcción de adobe, lámina galvanizada, piso de concreto o de tierra, letrinas para la eliminación de excretas. Este estudio no precisa frecuencias de estos indicadores. Sólo detalla que son 1, 500 viviendas[7].

Por último en lo referente a la salud, una de las enfermedades que se presentó con mayor frecuencia en el 100 por ciento de la población son las infecciones respiratorias agudas. De la muestra se desprende que el 56.7 por ciento expresó parecer problemas hipertensión arterial, 16.7 por ciento diabetes mellitus; 6.7 por ciento reumatismo y 6.7 por ciento epilepsia y otros padecimientos[7].

El estudio concluye que la población de Bustamante, se caracteriza por ser eminentemente rural y joven, con la actividad económicamente agrícola, con mente limpia y costumbres tradicionales[7].

Como se ha podido comprobar, el estudio del municipio de Bustamante se apoyó en la teoría del Modelo Ecológico. Con este modelo Hancock ideo la mandala[a] de la salud que representa la persona en sus tres dimensiones (cuerpo, mente y espíritu) y, extensión de esta interacción con ella, la familia, la comunidad, el ambiente construido, la sociedad y el ambiente cultural[7].

Otro ejemplo sobre este tipo de estudios es "El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI marca un hito en la historia de la salud pública y señala lo que podría ser uno de los mayores adelantos realizados en medio siglo para alcanzar la seguridad sanitaria. Muestra algunos riesgos crecientes que corre el mundo, como brotes de enfermedades, epidemias, accidentes industriales, desastres naturales y otras emergencias de salud que pueden convertirse rápidamente en amenazas para la seguridad sanitaria mundial. El informe explica que el Reglamento Sanitario Internacional revisado (2005), en vigor desde el presente año, ayuda a los países a colaborar para identificar los riesgos y actuar para contenerlos y controlarlos"[8].

Sin embargo, este esfuerzo no habla de metodología alguna seguida para la obtención de la información. Se trata sólo de un documento en formato en PDF que habla de antecedentes históricos en materia de salud y los problemas a los que se enfrenta la humanidad a partir de los atentados a las torres gemelas. Además de que sólo se concreta a resultados que conciernen a África, Medio Oriente y Asia[8]. Este estudio expone aspectos sociales, demográficos, los recursos y los servicios de la salud pública, mismos que guardan relación con esta investigación.

Desde la perspectiva de Godoy, la salud puede ser definida como un "proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómico culturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar psicosocial"[9]. Por otro lado define la enfermedad como "la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales"[9].

Una consideración adicional es necesaria: los daños a la salud generalmente son el resultado de un conjunto de factores, es decir son fenómenos multicausales, por ello es necesario tratar de conocer al máximo los factores que desencadenan estos daños con la finalidad de actuar sobre ellos; resultados positivos se logran con aproximaciones sucesivas[5].

Un claro ejemplo de esto, referido a los factores multicausales y los efectos que provocan en la salud es el problema del tabaquismo. Un estudio realizado en España y publicado en el Libro Blanco de Prevención del Tabaquismo de Glosa Ediciones 1998, mencionan que autores como West y Cols y, Taylor y Cols han demostrado un riesgo aumentado de *cataratas*.

El mismo estudio advierte que se ha demostrado el tabaco es un *cofactor*, junto con el bajo peso corporal, la pobre ingesta de calcio y la inactividad física, en la producción de osteoporosis. Hasta tal punto esto es relevante que en la comunicación del grupo de advertencia sobre la osteoporosis se le dedica al tabaco un epígrafe especial. Varios posibles mecanismos patofisiológicos sugieren un posible papel del fumar en el desarrollo de osteoporosis. Por un lado las mujeres fumadoras tendrán la menopausia más precoz y el fumar cigarrillos disminuye la producción de estrógenos endógenos y aumenta su metabolismo. Esto, asociado a una inferior ingesta de calcio durante la edad adulta favorece la osteoporosis.

Pero, existe un ejemplo más apegado a una metodología y que sigue un modelo teórico. Se trata del Diagnóstico de Salud de la Ciudad de Sevilla, España. En cuanto a este aspecto, cabe mencionar que el reporte publicado, si bien hace mención de la teoría abordada, no precisa los aspectos metodológicos aplicados. Es objetivo importante

[a] *Mándala es un término de origen sánscrito, que significa diagramas o representaciones simbólicas bastante complejas, utilizadas tanto en el budismo como en el hinduismo.*

de este diagnóstico de salud, conocer desigualdades en salud, así como de su Plan de Acción Municipal de Salud, como respuesta de acción para mejorarlas[10].

Este Plan de Acción Municipal de Salud considera estos factores multicausales que desencadenan los daños a la salud. Cabe destacar que este diagnóstico si bien toma en cuenta este aspecto, carece de un apartado en el que se describa el tipo de abordaje metodológico empleado. Como resultado de la investigación, determina que la población de jóvenes sevillanos de 14 años de edad, acusa un descenso de la población. Actualmente suponen el 14.5 por ciento del total de la población, mientras que en 1986 fue del 24.7 por ciento, esto debido al descenso de la natalidad[10].

3.2. Argumentación empírica

En México, se cuenta con un Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS)[11] cuyos objetivos primordiales son: mejorar las condiciones de salud de la población; reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; prestar servicios de salud con calidad y seguridad; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país[11].

Los planes nacionales de desarrollo son elaborados por el jefe del ejecutivo al inicio de su gestión administrativa. Casi siempre se apegan a la plataforma política electoral de su partido y, a los resultados de los foros nacionales de consulta, donde los distintos sectores que conforman la sociedad expresan sus inquietudes en torno a temas relacionados con su mismo sector.
En nuestro país, el plan sectorial 2007-2012 contempla una serie de objetivos encaminados a mejorar las condiciones generales de salud de la población, tales como: mejorar las condiciones de salud de la población; reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; prestar servicios de salud con calidad y seguridad; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país[11].

Ahora bien, para constatar el cumplimiento de estos objetivos y las acciones que derivan de ellos, existen mecanismos de seguimiento y de investigación de resultados. El seguimiento de metas e indicadores permite medir el grado de avance de las iniciativas implantadas con el fin de ajustar su operación para mejorar su desempeño. La evaluación, por su parte, tiene como propósito medir los resultados, impacto y eficiencia de esas mismas iniciativas.

La rendición de cuentas, finalmente, busca promover la transparencia, legitimar las labores de gobierno y estimular la participación ciudadana. El Programa Nacional de Salud 2007-2012 cuenta con un sistema integral de evaluación y mecanismos claros de rendición de cuentas[11].

En la actualidad, el Instituto Nacional de Salud Pública, un organismo público descentralizado, lleva a cabo una intensa tarea de evaluación de la salud en México. Entre los bienes públicos globales de la salud, la información es sin duda uno de los más importantes, por su valor intrínseco al contribuir a la generación de nuevos conocimientos, y por su valor instrumental al ser una de las herramientas más transparentes y sólidas para el diseño y la evaluación de las políticas públicas del sector.

En este sentido, México ha desplegado a lo largo de las últimas dos décadas un esfuerzo sostenido para mejorar la información en salud generada por los registros estadísticos y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Este esfuerzo se ha acompañado de la construcción de una reciente, pero vigorosa tradición de Encuestas Nacionales, como complemento indispensable para subsanar las limitaciones intrínsecas de la información rutinaria generada en los propios servicios de salud.

Los ámbitos abordados por las diversas encuestas nacionales realizadas en los últimos 15 años han sido variados, reflejo de la complejidad y amplitud del campo de la salud pública en nuestro país, y como respuesta a la profunda transición epidemiológica que está experimentando la población. Así, se ha recabado información seroepidemiológica, de la prevalencia de enfermedades crónicas, del estado nutricio de la población, del consumo de sustancias adictivas y, desde luego, sobre la cobertura y utilización de los servicios de salud, entre otros. La última encuesta realizada fue la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006)[12]. Dicho diagnóstico tomó como base para la argumentación empírica la información proveniente de la citada encuesta, ya que su metodología y fuentes, forman un complejo de información inapreciable.

La ENSANUT 2006, introduce mejoras al ejercicio anterior, del 2005 y 2000 en aspectos como la generación de un nuevo marco muestral nacional; la sistematización de procedimientos para seleccionar a la población; la división del trabajo por competencias (salud y nutrición); la inclusión de programas nacionales de salud y desarrollo social. Se planteó como objetivos: I. Estimar la frecuencia y distribución de indicadores positivos de salud, factores de riesgo de enfermedad, estado nutricio y deficiencias de nutrimentos, enfermedades (agudas y crónicas), lesiones y discapacidad en los ámbitos nacional, regional, urbano y rural, y para cada una de las entidades federativas en México; II. contribuir a la evaluación de programas y políticas que inciden en la salud de la población; III. identificar y conocer los factores ambientales, socioeconómicos, culturales y de estilos de vida asociados con la salud y las enfermedades estudiadas; IV. identificar los indicadores de calidad de los servicios de salud, a través de la medición de la percepción de calidad de la población general; V. identificar los factores relacionados con la accesibilidad y utilización de los servicios de salud.

La ENSANUT 2006 fue diseñada con el propósito de recabar información relacionada con el estado de salud y nutrición de la población mexicana, la calidad y respuesta de los servicios de salud, las políticas y programas que inciden en la salud poblacional y el gasto en salud que realizan los hogares mexicanos[12].

Las unidades de análisis definidas para la encuesta fueron las siguientes: *Hogar* asumido como el conjunto de personas, relacionadas o no por algún grado de parentesco, que habitualmente duermen en una misma vivienda o bajo el mismo techo, beneficiándose de un ingreso común, aportado por uno o más de los miembros del hogar; *Utilizadores de servicios de salud*, son las personas del hogar que buscaron o recibieron atención dentro de los seis meses anteriores a la fecha de la aplicación de la encuesta, ya fuera por enfermedad, lesión, accidente o por prevención y rehabilitación. La utilización de los servicios de salud incluye vacunación, revisión del niño sano, planificación familiar, cuidado del embarazo, prueba del papanicolau, servicio dental, obtención de certificado médico, atención de las brigadas de salud, pláticas de educación para la salud, programa de control de diabetes o hipertensión arterial; *Niños* son las personas del hogar entre 0 y 9 años de edad; Adolescentes son las personas del hogar que se encuentran en el grupo de edad de 10 a 19 años; y *Adultos* son las personas del hogar mayores de 19 años[12].

Para la cobertura geográfica, la información obtenida de la ENSANUT 2006 permitió el cálculo de indicadores estatales con representatividad de las áreas urbanas y rurales por entidad federativa. No fueron incluidas las viviendas colectivas como instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles, asilos, por razones operativas. De esta forma la estratificación de las unidades muestrales tomaron en consideración variables de tamaño de localidad y estatus de incorporación al Programa Oportunidades. De acuerdo con las características de cada estado, se obtuvo un máximo de seis estratos por entidad federativa. Así el tamaño de muestra de la ENSANUT 2006 consideró que la menor proporción de importancia (prevalencia mínima de interés) debía estimarse con precisión era 8.1 por ciento. Además, considerando que los estimadores estatales obtenidos por la encuesta deberían tener un error relativo máximo de 25 por ciento, un nivel de confianza de 95 por ciento, una tasa de no respuesta de 20 por ciento y un efecto de diseño de 1.7, y se determinó un tamaño de muestra de al menos 1, 476 hogares[15].

La ENSANUT 2006 arrojó como resultados que la población general tuvo una distribución por sexo casi homogénea, donde 52.1 por ciento de la población son mujeres y 47.9 por ciento hombres. Con respecto al índice de masculinidad, éste fue de 0.92 a escala nacional. Los resultados son congruentes con las tendencias descendentes observadas en la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II), realizada en 1994, y la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000). En la población masculina, la proporción más alta se dio en los grupos de edad de 5 a 9 años (5.30 por ciento) y de 10 a 14 años (5.98 por ciento) y, en el caso de las mujeres, en los grupos de 15 a 19 años (5.74 por ciento) y de 20 a 24 años (5.27 por ciento)[12].

Esto demuestra que la población de mujeres ha incrementando y la base de la pirámide (grupos de 0 a 4 años) se va haciendo más angosta conforme pasa el tiempo. Por otra parte identifica mayor concentración en los grupos de adolescentes y disminución de la misma en los grupos que se encuentran en edad productiva, en contraste con la ENSA II de 1994, en la que los grupos de mayor concentración eran estos últimos.

En cuanto a la protección social 48.5 por ciento de la población a escala nacional reportó no tener algún tipo de aseguramiento por parte de instituciones o programas de seguridad social, lo cual sigue siendo un porcentaje muy alto, a pesar de que se ha observado una disminución con respecto a lo manifestado en la ENSA II, que fue de 59.5 por ciento, y en la ENSA 2000, de 58.9 por ciento. El

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está entre las instituciones con mayor porcentaje de aseguramiento, con 27.6 por ciento del total de la población, mientras que 5.2 por ciento de la población reportó estar asegurada por el ISSSTE, y sólo 0.7 por ciento mencionó tener seguro médico pagado por ellos mismos.

Los resultados del Censo 2000 son similares para el ISSSTE, mientras que para el IMSS se observa una disminución porcentual de cerca de 5 puntos. Las coberturas reportadas para el Censo fueron: IMSS, 32.3 por ciento; ISSSTE, 5.9 por ciento; otras instituciones de seguridad social, que incluyen PEMEX, SEDENA y SEMAR, 3.7 por ciento; privadas y otras, 2.7 por ciento. Actualmente, entre los nuevos programas de aseguramiento está el del Seguro Popular (SP), el cual fue mencionado por 14.6 por ciento de la población total entrevistada en la ENSANUT 2006 como su único sistema de protección en salud[12].

En cuanto a las características de la vivienda, la encuesta nacional demostró que los materiales predominantes en las viviendas, 8.6 por ciento tiene piso de tierra; 31.9 por ciento piso de mosaico, madera u otro tipo de recubrimientos, y 59.4 por ciento tiene piso de cemento; 74.2 por ciento de las viviendas tiene agua entubada dentro de la vivienda; 17.8 por ciento tiene agua entubada fuera de la vivienda, y 7.9 por ciento manifestó tener agua de otra fuente no entubada. Con respecto a las viviendas con drenaje, 13 por ciento manifestó que la vivienda tiene conectado el drenaje a una fosa séptica, 15 por ciento no tiene drenaje y en 72 por ciento de las viviendas el drenaje está conectado a la calle. Con respecto a la disponibilidad de agua entubada en la vivienda, 23.3 por ciento de las viviendas en localidades rurales cuenta con este servicio; así como 24.3 por ciento en localidades urbanas, y 53.5 por ciento en localidades metropolitanas.

La tasa de utilización[b] general de servicios ambulatorios en el país fue de 5.8 por cada cien habitantes, igual a la registrada en la Encuesta Nacional de Salud II (ENSAII), en la que se utilizó el mismo periodo de referencia (dos semanas previas a la entrevista). No fue así con la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000), cuya tasa de utilización no es comparable con la actual, ya que se calculó con reportes de los utilizadores de servicios respecto de diversos periodos (semanas, meses y un año) [12].

A escala nacional, del total de la población que utilizó servicios de salud en los 15 días previos al levantamiento de la encuesta, 37.6 por ciento acudió a los servicios privados, 28.1 por ciento a los servicios de seguridad social (23.1 por ciento al IMSS y 5 por ciento al ISSSTE) y 26.9 por ciento acudió a los servicios estatales de salud (SESA). Las demás personas que utilizaron servicios acudieron a otras instituciones públicas para población abierta (1.2 por ciento) y, en igual porcentaje, a otras instituciones de seguridad social.

La ENSA 2006, reveló que la proporción de la población que utilizó servicios ambulatorios curativos tuvo una percepción de los servicios como a continuación se detalla: primero el IMSS, con 31.2 por ciento; en segundo lugar el ISSSTE, con 29 por ciento; en tercero, el IMSS-Solidaridad, con 21 por ciento; luego la SSA-Sesa, con 13 por ciento, y finalmente los servicios privados, con 8 por ciento.

En cuanto a la población infantil en el país residían en ese entonces alrededor de 10.6 millones de niños de 0 a 4 años y 11.2 millones de 5 a 9 años. Las frecuencias ponderadas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) refieren un total de 20 213 900 niños de 0 a 9 años, los cuales comprenden cerca de una cuarta parte de los residentes totales registrados en la encuesta. La distribución por sexo de esta población infantil muestra un discreto predominio de hombres (50.4 por ciento) en relación con mujeres (49.6 por ciento).

En la cobertura al año de edad de las vacunas BCG, Sabin y Pentavalente se observan logros importantes. Los resultados nacionales de la ENSANUT 2006 señalan que 96.8 por ciento de los niños de un año cuentan con la vacuna BCG, una proporción similar (96.1 por ciento) tiene la vacuna Sabin y 92.9 por ciento la Pentavalente.

Por otra parte, los esfuerzos invertidos en la aplicación de la vacuna SRP han sido insuficientes. La cobertura nacional indica que apenas 78.4 por ciento de los niños de 12 a 23 meses recibieron una dosis de este biológico. En el caso de Veracruz, estos son los resultados: 96.1 por ciento recibieron la BCG; 96.1 por ciento la Sabin; 94.7 por ciento la Pentavalente; 75.1 por ciento la SRP; 75.1 el esquema completo hasta un año de edad y 85.0 por ciento cuentan con su esquema completo de vacunación, hasta dos años de edad[12].

A pesar de los avances, las enfermedades infecciosas siguen siendo un reto para los sistemas de salud. Las enfermedades del rezago epidemiológico –diarreas, infecciones respiratorias y desnutrición siguen provocando

[b] *Se refiere al uso servicios de salud ambulatorios, tanto curativos como preventivos,durante los 15 días previos a la fecha en que se realizó la encuesta.*

15 por ciento de los fallecimientos en menores de un año; la prevalencia de diarrea (eventos en las dos semanas previas) en niños menores de cinco años fue de 11.5 por ciento y en la ENSANUT 2006 es de 12.9 por ciento.

En la ENSANUT 2006, se descubrió que la prevalencia general de IRA en los niños con menos de 10 años fue de 42.7 por ciento. Aproximadamente uno de cada dos niños de un año o menos las presenta, y su frecuencia desciende conforme aumenta la edad. Sin embargo, aún a los nueve años, una tercera parte de los niños se ve afectado por estas enfermedades[12].

Ahora bien, la encuesta también investigó problemas relacionados con tabaquismo. Si se define el tabaquismo como consumo de más de 100 cigarrillos en la vida de una persona, la prevalencia de tabaquismo entre adolescentes de 10 a 19 años de edad fue de 7.6 por ciento[12].

Los resultados muestran diferencias en la prevalencia de tabaquismo entre hombres y mujeres conforme aumenta la edad; en los hombres del grupo etáreo de 13 a 15 años, la prevalencia fue de 4.6 por ciento, y es cinco veces mayor para las edades de 16 a 19 años (25.9 por ciento), mientras que en las mujeres de 13 a 15 años se observa una prevalencia relativamente baja (de 2.4 por ciento), pero que se cuadruplica para el rango de 16 a19 años (9.5 por ciento) [12].

La información acerca del consumo de alcohol en la población adolescente mostró que 17.7 por ciento de la misma ha ingerido bebidas que contienen alcohol. La mayor prevalencia (21.4 por ciento) corresponde a los hombres, en tanto que 13.9 por ciento de las mujeres ha consumido alcohol[12].

En suma, la mayor parte de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, son un referente para comparar los resultados obtenidos en el diagnóstico de salud para el área de influencia del Centro de Salud Banderilla. Verificar si las cifras arrojadas por la encuesta rebasan la media nacional y poder determinar cuales son las enfermedades que más afectan a la población.

En el ámbito local, existe un diagnóstico de salud realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública, en el año 2006. La unidad cuenta con un archivo en CD y existe un ejemplar en la biblioteca del Instituto de Salud Pública. Así mismo, dentro de la esta institución se encuentra un diagnóstico de salud del año 2001 realizado por enfermeras la Universidad Veracruzana en servicio social, y que de acuerdo a afirmaciones de la directora de la unidad, se le ha dado seguimiento por los médicos hasta la fecha, pero sin seguir una metodología específica[13].

Por las características de ambos trabajos, únicamente se toma en cuenta el realizado por alumnos del Instituto de Salud Pública, durante el período agosto 2005 a febrero de 2006, con fecha de entrega 7 de febrero del mismo año. Las personas que participaron en la elaboración del diagnóstico fueron Hansy Cortés Jiménez, Gaudencio Gutiérrez Alba, Berenice Santos Adolfo Guadalupe así como 74 alumnos de la unidad de Ciencias de la Salud quienes colaboraron en la aplicación de la encuesta[13].

El diagnóstico fue un estudio único, prospectivo, transversal y observacional. De acuerdo a este, el universo de estudio fue conformado por familias de la localidad de Banderilla, con base a una aproximación del promedio de integrantes de familia que es de cinco. Este universo se dividió en tres secciones: centro, periferia y zona rural. La selección y tamaño de la muestra fue por muestreo probabilístico, por conglomerados y posteriormente fue repartida la muestra en cada conglomerado de manera aleatoria[13].

El universo de estudio fueron las familias de la localidad de Banderilla, esto en base a una aproximación del promedio de integrantes de familia que es de 5. Este universo se dividió en tres secciones: centro, periferia y zona rural. La selección y tamaño de la muestra fue por muestreo probabilístico, por conglomerados y posteriormente fue repartida la muestra en cada conglomerado de manera aleatoria. Los criterios de inclusión fueron: familias de Banderilla y mayores de 18 años de edad. Los criterios de exclusión fueron: familias que no residieran en el municipio de Banderilla y menores de 18 años de edad[13].

El instrumento para la recolección de información fue una entrevista basada en un cuestionario elaborado y asesorado por catedráticos del Instituto de Salud Pública. Para la ejecución del procedimiento se contó con el apoyo de 74 alumnos del área de ciencias de la salud. Además de la información obtenida de los cuestionarios se consultaron datos de las dependencias como SESVER, INEGI, CONAPO y el H. Ayuntamiento de Banderilla[13].

Los métodos y modelos de análisis de información tomaron como base el diagnóstico estándar (anexo 1) construido por alumnos y cuerpo académico del Instituto de Salud Pública, determinando para todas y cada una de las variables un listado de frecuencias, graficadas posteriormente. Para la captura y el análisis

de información se apoyaron del software EPI INFO 3.3.2 y EPI DAT 3.0 además de los programas de Microsoft Word, Excel y PowerPoint[13].

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se desconoce el estado actual de salud de la población de responsabilidad del Centro de Salud Urbano Banderilla, ya que el último diagnóstico de salud fue realizado en el 2005 [13] y no fue actualizado.

Esto dificulta la planeación y dirección de las acciones de Salud Pública en beneficio de la población, haciéndola más susceptible de problemas sanitarios que pudieran ser prevenibles o controlables. Los servicios de salud deben realizar planeación de sus actividades, para el éxito de sus planes y programas. "El diagnóstico de salud es la primera etapa del proceso de planificación en salud pública. Es vital para determinar las necesidades y los requerimientos de una colectividad. Por medio de éste se toman decisiones respecto a las acciones y metas administrativas y técnico-médicas que puedan permitir mejoras sustanciales al estado de salud de la población estudiada"[5].

De ahí la importancia de realizar un diagnóstico de salud en el Centro de Salud Urbano Banderilla, ya que a partir de la descripción y el análisis de los daños a la salud (morbilidad y mortalidad) de su población de responsabilidad, serán elaboradas propuestas que impacten positivamente en el estado de salud de esta población.

4.1. Argumentacion o justificación

Los daños a la salud desde el punto de vista de la Salud Pública son las enfermedades que afectan a una determinada población, agrupadas y analizadas de acuerdo a alguna característica común como causa, evolución, frecuencia, distribución geográfica entre otras, de forma que permitan deducir medidas para su prevención y control[14].

El diagnóstico de salud está enfocado a la investigación de morbilidad y mortalidad, pues estos indicadores de daños a la salud permiten hacer una descripción cuantitativa de la situación de salud y enfermedad de la población estudiada, pues, tomando en cuenta lo que González Carvajal señala: "Los indicadores de la fase de salud no se han logrado establecer satisfactoriamente, cosa que sí ha ocurrido con la enfermedad y muerte"[14].

Estos indicadores son dinámicos, se debe tomar en cuenta su variación a través del tiempo para una correcta interpretación; por tales razones se considera pertinente y necesaria la actualización de ésta información a través de la elaboración del diagnóstico de salud[14].

4.2. Escenario del diagnóstico

El presente diagnóstico se llevó a cabo en el centro de salud Urbano Banderilla, el cual se encuentra ubicado geográficamente a 19˚, 33'37" de latitud Norte y 96˚ 58'20" de longitud Oeste, a una altura aproximada de 1, 451 metros sobre el nivel del mar, en la parte central del estado de Veracruz, zona conocida como Las Grandes Montañas[15].

4.3. Pregunta s de investigación

4.3.1. Cuantitativa

¿Cuál es el estado salud de la población del área de influencia del Centro de Salud Urbano Banderilla durante el año 2007?

4.3.2. Cualitativa

¿Cuál es la percepción de los directivos respecto a la calidad de la atención prestada al usuario?
¿Cuál es la percepción del personal de salud respecto a la calidad de la atención prestada al usuario?
¿Qué piensan los usuarios sobre la calidad de la atención que le ofrece el Centro de Salud Urbano Banderilla?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Evaluar el estado de salud a través de la identificación del daño, los factores de riesgo que lo determinan y la perspectiva de los actores sociales del área de influencia del Centro de Salud Urbano Banderilla en el año 2007, así como analizar los recursos, servicios y programas para la salud relacionados con estos daños, con el fin de hacer recomendaciones para el diseño de estrategias que logren su mejoramiento.

5.2. Objetivos Específicos

5.2.1. Cuantitativo

1. Identificar la morbilidad y mortalidad de la población del área de influencia del centro de salud urbano Banderilla.
2. Identificar y clasificar los factores de riesgo para los daños priorizados en esta población.
3. Conocer la incidencia y prevalencia de las causas de morbilidad en el área de influencia del Centro de Salud Urbano Banderilla.

4. Describir las principales causas de mortalidad en la población del área de influencia del Centro de Salud Urbano Banderilla.
5. En base a los resultados obtenidos en la investigación, hacer recomendaciones para el diseño de estrategias adecuadas para mejorar el estado de salud de la población.
6. Analizar los recursos para la salud relacionados con los daños y sus factores de riesgo con los que cuenta el Centro de Salud Urbano Banderilla para la atención de sus usuarios.

5.2.2. Cualitativo

1. Identificar la percepción de los directivos respecto a la calidad de la atención prestada al usuario.
2. Identificar la percepción del personal de salud respecto a la calidad de la atención prestada al usuario.
3. Detectar la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención que le ofrece el Centro de Salud Urbano Banderilla.

6. METODOLOGÍA

Esta es una investigación tipo mixta, porque incorporó los métodos cuantitativo y cualitativo. En la actualidad, dice Calero[16], la literatura en torno a la posibilidad y deseabilidad de la articulación entre los enfoques cualitativos y cuantitativos en el área de la salud empieza a ser muy abundante y anula cualquier pretensión de exhaustividad.

Esto es, no se da por hecho el llegar al fin de las cosas por el simple hecho de utilizar uno u otro abordaje. Ambas metodologías siempre aportarán más conocimientos conforme se avance la investigación. Algunas publicaciones han sido específicamente desarrolladas para mostrar la utilidad de esta combinación; otras argumentan que el nivel de análisis en la investigación en salud pública y las ciencias sociales son equivalentes (el nivel poblacional) por lo que la aplicación de los diversos métodos de las ciencias sociales en la investigación en salud debería ser casi natural[17].

De esta forma, en este diagnóstico de salud, no tan sólo hemos identificado los factores de riesgo y las causas por las que enferma y muere la población, si no también su sentir, tomando en cuenta la mirada de los actores sociales.

6.1. Abordaje Cuantitativo

6.1.1. Tipo de estudio y diseño

Con base a la guía básica para el desarrollo de investigaciones de Hernández y Saldaña este diagnóstico de salud fue clasificado como único, descriptivo, transversal, observacional[17].

Es único por que se estudia sólo una población que se pretende describir en función de un grupo de variables. Es descriptivo pues busca especificar las propiedades de la comunidad a analizar. Mide la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando. Es transversal, por que se estudian las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo. Es observacional por que se describirá el fenómeno sin manipular ningún factor o variable[17].

6.1.2. Descripción de universo y muestra

El Centro de Salud Urbano Banderilla está organizado en cuatro núcleos básicos para la atención de su población de influencia, la población de los núcleos uno y cuatro fueron objeto estudio en el diagnóstico realizado anteriormente. Por esta razón la Directora del Centro de Salud sugirió realizar la muestra para el presente diagnóstico de la población de los núcleos 2 y 3. Para tal efecto se recurrió al Catastro Público del Ayuntamiento de Banderilla el día 13 de noviembre del 2007, a fin de recabar la información del número aproximado de viviendas en las colonias pertenecientes a los dos módulos mencionados líneas arriba. Esto nos ayudó a determinar nuestra muestra poblacional.

Para seleccionar las unidades de la muestra se utilizó un muestreo por conglomerados[17] para la recolección de los datos se pretendía utilizar el muestreo sistemático sin embargo, después de realizar un recorrido por la zona y observar que había muchos comercios que no nos podrían dar la información que requeríamos, se decidió por un muestreo intencional, en donde las unidades fueron seleccionadas por su pertenencia a los núcleos dos y tres del área de influencia del Centro de Salud Urbano Banderilla.

Los criterios para la aplicación de la encuesta, fueron: aplicarla a una persona mayor de 18 años de edad, con el tiempo y la información necesarios y que fuera residente de la vivienda. Cuando la vivienda elegida se encontró deshabitada, no había nadie a la hora de la visita o no quisieron participar, el encuestador avanzó a la casa más próxima a la derecha.

En el levantamiento de la encuesta colaboraron estudiantes de los grupos 102, 103, 105 de la facultad de Medicina y 102 de la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana, campus Xalapa. Cabe

mencionar que los grupos 103 y 105 estaban realizando sus prácticas durante el tiempo de la elaboración del diagnóstico. Previamente, los estudiantes fueron capacitados por los miembros del equipo Banderilla en las aulas de la facultad de Medicina.

El levantamiento de las encuestas se llevó a cabo del 2 al 11 de enero de 2008 sin contratiempos y con buena colaboración y accesibilidad de todos los participantes, tanto población como encuestadores.

Criterios de inclusión
• Viviendas situadas en colonias pertenecientes a los núcleos 2 y 3
• Que al momento de la visita se encontrara alguna persona mayor de 18 años de edad para contestar la encuesta.
• Que el informante fuera residente de la vivienda seleccionada.

Criterios de exclusión
• Viviendas situadas en zonas de difícil acceso.

Criterios de eliminación
• Viviendas en las que al momento de la encuesta no se encontrara una persona residente mayor de 18 años de edad para responder a la encuesta.
• Que ningún residente mayor de 18 años tenga disponibilidad para contestar el instrumento.
• Que al momento de la encuesta la vivienda se encontrara vacía.

Cálculo de la muestra

Con base a la información proporcionada, se estimó que las viviendas pertenecientes a las colonias de los núcleos 2 y 3 eran 1933. De este universo se tomó una muestra de 322 viviendas, que se obtuvo como resultado de calcular una P de 0.5 (50 por ciento) y un nivel de confianza del 95 por ciento.

La fórmula para calcular la muestra fue la siguiente:

$$N_o = \frac{Z^2\ P\ (1-P)}{D^2} = \frac{1.96^2 \times .5\ (1-.5)}{0.5^2} = 322 \text{ viviendas}$$

Donde:
N : Universo o población =1933 viviendas
P : Prevalencia 0.5
d : Precisión o error 0.05
Z: Nivel de confianza 1.96

6.1.3. Priorización de daños

6.1.3.1. Aspectos básicos

El término priorizar en el contexto de la salud pública implica ordenar los daños a la salud, establecer un orden de importancia de las diferentes patologías que afectan a una población por la magnitud, la trascendencia y la vulnerabilidad. A partir de las enfermedades que por este proceso resulten ser las más relevantes en cuanto a su presencia en la población a estudiar, se procede a realizar propuestas de mejoras para su prevención y atención. Se deben priorizar los daños a la salud porqué el número de causas de enfermedad o muerte oscila en alrededor de mil causas diferentes; además de que investigar y atender todas ellas implicaría disponer de tiempo y recursos infinitos[5].

Existen múltiples técnicas y modelos de priorización de daños a la salud. Alguna de ellas apoyadas en valoraciones cuantitativas, otras en juicios cualitativos. En contra de lo que algunos creen, la priorización no es un proceso frío de medición sino un proceso ético y político de contrastación de valores e intereses alrededor de los hechos. En todos los casos, aún cuando las mediciones son numéricas y aparentemente objetivas, la priorización refleja los intereses y experiencias subjetivas de los analistas frente a las observaciones cualitativas o cuantitativas del fenómeno[5].

6.1.3.2. Criterios de priorización. (Anexo 1)

Los criterios que se utilizaron para la priorización de daños son:

Magnitud: Número de casos que se presentan por evento el cual se mide con las tasas específicas por causa de morbilidad y mortalidad

Trascendencia: Es el impacto social que un daño en particular tiene en la sociedad; donde se toma como indicador los años de vida potencialmente perdidos (AVPP).

Vulnerabilidad: Es la capacidad que tienen los servicios de salud para atender el daño, y se mide con la Razón Estandarizada de mortalidad (REM)[18].

6.1.3. 3. Proceso de priorización y resultados.

En la presente investigación se procedió a realizar la priorización de los daños a la salud del área influencia del Centro de Salud Banderilla y para agrupar estos daños en cuanto a morbilidad en función de su magnitud y trascendencia y en cuanto a la mortalidad en función de su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

Para obtener la morbilidad y la mortalidad ocurridas en el área de influencia del Centro de Salud Banderilla, se obtuvo información proveniente del departamento de estadística del la Jurisdicción Sanitaria Número V de los Servicios de Salud del Estado, cuya sede es la ciudad de Xalapa.

Además de esto, se recopiló información de la base de datos de las Proyecciones de la Población de México 2005-2050 del Consejo Nacional de Población con el propósito obtener información de demográfica básica.

Para obtener la razón estandarizada de mortalidad se usó como población estándar a la población del estado de Veracruz, dando como resultado que las tres principales causas de morbilidad en la población de Banderilla son infección de vías respiratorias, infecciones de las vías urinarias y enfermedades diarreicas agudas. (ver tabla 1)

Tabla 1. Priorización de daños Centro de Salud Urbano Banderilla

Causas de Morbilidad	Clasificación CIE	Casos	Magnitud	Trascendencia	Priorización
Infecciones respiratorias agudas	J00.X, J06.8	563	28.76117497	0.051085568	1.4693
Enfermedad diarreica aguda	B82.9, A09.X	265	13.5376756	0.051085568	0.6916
Diabetes mellitus II	E10, E 14.9	8	0.408684547	0.255427842	0.1044

Fuente: Resultados de la Priorización de daños. Elaboración propia

Además, la priorización de daños a la salud arrojó que las principales causas de mortalidad en el área de influencia del Centro de Salud Banderilla son las enfermedades isquémicas del corazón, linfomas y mieloma múltiple, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (ver anexo 2).

El proceso de priorización y resultados se realizó en varias etapas que se describen a continuación.

Priorización de morbilidad

1ª etapa. Se obtuvo la incidencia de los daños que se presentaron en el municipio de Banderilla en el año 2007, y del 100 por ciento se seleccionaron los que sumaban 75 por ciento del porcentaje acumulado. Se agruparon las causas de muerte que se relacionaron, tomando como guía la clasificación internacional de enfermedades-versión 10 (CIE 10).

2ª etapa. Cálculo de la magnitud a partir de la incidencia y la tasa específica de morbilidad mediante la siguiente formula:

$$\frac{\textit{Incidencia por daño}}{\textit{Población en riesgo}} \quad *1000 =$$

3ª etapa. Se multiplicó la tasa específica de morbilidad por la tasa de mortalidad por causa, y de este resultado los tres puntajes más altos son los daños priorizados, obteniendo las infecciones respiratorias agudas (IRAs), infecciones de las vías urinarias (IVUs) y las infecciones gastrointestinales (EDAs).

Priorización de mortalidad

1ª etapa. Magnitud, tasa de mortalidad por causa usando los datos de mortalidad por causa del municipio de Banderilla durante 2007.

2ª etapa. Cálculo de la trascendencia, corresponde a la tasa de mortalidad por causa (TMC).

$$\frac{\text{Número de defunciones}}{\text{Población en riesgo}} *1000$$

$$\frac{\text{\# de muertes por causa}}{\text{Población en riesgo a mitad del periodo}} *1000 =$$

3ª etapa. Trascendencia, son los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Se requiere:

- Calcular las muertes por causa y por grupo de edad
- Calcular el punto medio del intervalo de edad (PMI)

$$PMI = \frac{(\text{Extremo inferior} + \text{Extremo superior} + 1)}{2}$$

- Se calcula la diferencia de la esperanza de vida (EV) menos el PMI
- Por último se multiplican las defunciones (D) por EV-PMI

4ª etapa. Obtener la razón estandarizada de mortalidad (REM)

- Se obtuvieron las tasas de mortalidad específica para la causa y grupo de edad de la población de referencia que como ya se mencionó fue la población estatal.
- El procedimiento para REM fue el siguiente

REM = (Tasa de mortalidad de cada grupo de edad de la población de referencia) * (población del mismo grupo de edad de la población de estudio) / 100 000

5ª etapa. Se multiplican los datos de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

Los resultados para mortalidad fueron: enfermedades isquémicas del corazón, linfomas y mieloma múltiple, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado como ya se había comentado anteriormente.

Se recopiló información de la base de datos de las Proyecciones de la Población de México 2005-2050 del Consejo Nacional de Población con el propósito obtener información de demografía básica.

Para obtener la razón estandarizada de mortalidad se usó como población estándar a la población del estado de Veracruz dando como resultado que las tres principales causas de morbilidad en la población de Banderilla fueron infección de vías respiratorias, infecciones de las vías urinarias y enfermedades diarreicas agudas.

La priorización de daños a la salud arrojó que las principales causas de mortalidad en el área de influencia del Centro de Salud Banderilla eras las enfermedades isquémicas del corazón, linfomas y mieloma múltiple, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (ver tabla 2).

Tabla 2. Priorización de daños Centro de Salud Urbano Banderilla

Causas de Mortalidad	Clasificación CIE	TME X CAUSA	AVPP	REM	PRIORIZACION
Enfermedades isquémicas del corazón	I21	0.357598978	95.5	5.0	170.75
Linfomas y mieloma múltiple	C84.5	0.153256705	33.4	6.9	33.40
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	Y87	0.051085568	0.051085568	9.2	0.02
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70.3	0.255427842	75.4	0.9	17.33

Fuente: Resultados de la Priorización de daños. Elaboración propia

6.1.4. Definición de variables e indicadores para el análisis

6.1.4.1. Análisis cuantitativo

6.1.4.1.1. Demográfico

El conocimiento de la situación demográfica de una población es esencial para estimar la demanda de los sistemas y servicios de salud. El conocimiento de la estructura y tendencias del crecimiento poblacional y sus determinaciones

en la programación de los servicios de salud a la población resulta de importancia pues los requerimientos de los servicios de salud están fuertemente afectados por la estructura por grupos etáreos, por sexo y la tasa de crecimiento natural entre otros[4].

Como parte del diagnóstico de salud, fue necesario considerar el entorno poblacional en el que se llevan a cabo las acciones del Centro de Salud Banderilla. Para tal caso, el análisis demográfico consideró la edad, el sexo y el crecimiento natural de la población (ver anexo 3).

Para poder identificar la frecuencia absoluta de edad se consideró el porcentaje de la población por grupos quinquenales, la frecuencia absoluta por sexo, la razón hombre/mujer, el porcentaje de la población por sexo, el total de nacimientos y defunciones de una población, dependiendo del caso de la variable en referencia y las dimensiones en las que se encuentre dividida.

6.1.4.1.2. Epidemiológico

Al estudiar la relación entre el análisis demográfico y el epidemiológico es posible determinar la cantidad y tipo de servicios requeridos. Un elemento básico en el análisis epidemiológico es el registro, medición y sistematización de la información recolectada. Es necesario usar indicadores que expresen la magnitud de los problemas de salud, es decir los daños a la salud que afectan a nuestro universo de estudio[5].

Para el análisis epidemiológico de los daños a la salud se estudiaron la morbilidad y la mortalidad. La primera nos permite conocer de qué enferman o qué padecen los habitantes de una región mientras que la mortalidad se conceptualiza como la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo (ver anexo 4).

En este sentido y enfocándonos al análisis epidemiológico fueron estudiadas la morbilidad desagregada en las dimensiones de infecciones de las vías respiratorias, infecciones diarreicas agudas y enfermedades isquémicas del corazón. Por medio de la tasa de incidencia de infección respiratoria aguda; tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda y tasa de prevalencia de hipertensión arterial fueron representadas la incidencia y la prevalencia de estos padecimientos según fue el caso.

En cuanto a mortalidad, las enfermedades estudiadas en este apartado fueron diabetes mellitus, cirrosis, infarto al miocardio, hipertensión arterial y accidentes de tráfico. Los indicadores de estas enfermedades son las tasas de mortalidad anual por causa específica; la tasa de mortalidad por causa específica y grupo de edad. En el caso particular de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial se estudió la letalidad de cada uno de estos padecimientos.

6.1.4.1.3. Daños priorizados, ya se han descrito anteriormente

6.1.4.1.4. Factores de riesgo de los daños priorizados

Para agilizar la construcción del instrumento para la encuesta (en este caso cuestionario), se asignó al azar uno de los daños a la salud que bajo consenso general fue calificado como prioritario. En cuanto a morbilidad, al equipo del Centro de Salud Urbano Banderilla, le correspondió trabajar con Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs).

La IRA es definida como la "enfermedad Infecciosa causada por microorganismos que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor a 15 días"[19].

Los padecimientos que comprenden a las IRAs son el resfriado común, rinofaringitis, faringitis congestiva, faringoamigdalitis purulenta, sinusitis, laringitis, bronquitis y neumonía[19].

Existen atributos o exposición a ciertos agentes asociados a una probabilidad mayor de aparición de una infección respiratoria aguda; estos son los factores de riesgo[19]. Para el fin de este diagnóstico los factores de riesgo se clasificaron en biológicos, ambientales y socioculturales, presentados en términos generales en el anexo 5.

Como factores de riesgo biológicos fueron comprendidas la edad (en específico, personas menores de 5 años y mayores de 60), el bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, cuadros de IRA frecuentes, presencia de inmunosupresión (por padecer cáncer, diabetes, VIH o SIDA) y el esquema de vacunación.

En cuanto a los factores de riesgo ambiental fueron incluidos la exposición a contaminantes ambientales en la exposición al humo de leña utilizada para cocinar. Otro factor de riesgo considerado fue la condición de ser fumador pasivo, pues el humo que inhala el fumador pasivo contiene hasta tres veces más nicotina y alquitrán que el humo que aspira el fumador habitual y unas cinco veces más de monóxido de carbono[20]. El hacinamiento

es otro factor que se estudió en este apartado.

Por último, los factores de riesgo socioculturales estudiados fue el analfabetismo y la población que haya sido capacitada por alguna institución de salud en la prevención, manejo y signos de alarma de una IRA.

6.1.4.1.5. Recursos, servicios y programas de salud

Para el estudio de los recursos, servicios, programas de salud y los alcances de los mismos con los que cuenta el Centro de Salud Banderilla se indagó sobre la cobertura de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas en la población, es decir, que personas que padecen una enfermedad crónica de interés reciben control médico de parte de este centro de salud. Si la población es derechohabiente de uno o más servicios de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, otras, ninguna) y los servicios de salud utilizados con mayor frecuencia (ver anexo 6).

6.1.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

Para la realización de este diagnóstico de salud, se recurrió a los métodos cuantitativo y cualitativo con el propósito de conocer las frecuencias de los eventos, así como la percepción y puntos de vista que tienen los usuarios, prestadores de servicios y directivos en torno a los servicios de salud otorgados. Pero sobre todo, para estar en congruencia con el modelo de investigación propuesto por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

6.1.5.1. Mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

En este apartado, se utilizaron varias técnicas, la primera de ellas fue la observación, que fue de vital importancia para conocer el entorno de la unidad sede, pues nos permitió conocer el ambiente de trabajo, y sus intereses en cuanto a nuestra investigación, así como conocer los sistemas de información, y sus programas de trabajo.
Para la recolección de los datos cuantitativos referentes a la mortalidad y la morbilidad, la técnica utilizada en el presente diagnóstico de salud fue la encuesta.

El método de la encuesta se realiza por medio del instrumento de interrogación como la entrevista o el cuestionario[21]. Es utilizada para conocer aspectos relativos a los grupos por medio de la recopilación de datos, es decir los conocimientos, ideas y opiniones de grupos; esto con el propósito de determinar rasgos de las personas, proponer o establecer relaciones entre las características de los sujetos, lugares y situaciones o hechos. La encuesta es una actividad planeada para indagar y obtener datos sobre hechos, conocimientos, opiniones, juicios y motivaciones.

Esto se logra a través de las respuestas orales o escritas a un conjunto de preguntas diseñadas previamente, aplicadas de manera masiva, colectando datos relativos a sucesos ya ocurridos, es decir, retrospectivamente.

La encuesta según Canales[21] consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias la información se obtiene por dos formas: la entrevista y el cuestionario.

En la entrevista las respuestas son formuladas verbalmente y se necesita del entrevistador a diferencia del cuestionario en el que las respuestas son formuladas por escrito y no se requiere la presencia del entrevistador.

El cuestionario, es un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigador o consultado llena por sí mismo, puede aplicarse a grupos o individuos estando presente el investigador o el responsable de recolectar la información, o bien puede enviarse por correo a destinatarios seleccionados en una muestra. Algunas de sus ventajas son su bajo costo, proporciona información sobre un mayor número de personas en un periodo breve, la facilidad para obtener, cuantificar analizar e interpretar los datos, requiere poco personal para la aplicación, mantiene el anonimato y elimina sesgos introducidos por el entrevistador.

6.1.5.2. Descripción de los instrumentos utilizados en la recolección de la información

Para la parte cuantitativa de nuestra investigación se elaboró un cuestionario estructurado a través de 151 preguntas divididas en 13 segmentos, éste se muestra en el anexo 7.

6.1.5.2.1. Validación de los instrumentos

El instrumento para recolección fue validado a través del cuerpo colegiado de profesores del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y los alumnos de la

maestría como a continuación se señala:

Por acuerdo académico se decidió que cada grupo de trabajo elaboraría sólo una sección del instrumento para la encuesta. La sección fue la que por sorteo correspondió a los riesgos priorizados en grupo. Así, al equipo Banderilla le correspondió la sección de infecciones respiratorias agudas (IRAs).

En este sentido fueron elaboradas las preguntas relacionadas con los factores de riesgo de esta enfermedad para lo que se elaboraron cuadros de variables con los diferentes factores de riesgo: biológicos, sociales y culturales que influyen en la aparición de la enfermedad. En estos cuadros se incluyeron definiciones operacionales y conceptuales. La sección de IRAs al igual que las secciones que correspondieron al resto de los equipos fue validada por medio de la revisión del contenido por el cuerpo académico. Una vez cumplido este objetivo, se procedió a integrar el instrumento.

Previo a la realización de la prueba piloto, docentes y alumnos de la maestría de salud pública realizaron una evaluación preliminar con el propósito de verificar el instrumento. Corregidos errores y validados los contenidos del instrumento se realizó la prueba piloto.

6.1.5.2.2. Resultados de la prueba piloto

La prueba piloto consistió en la aplicación de diez cuestionarios en la zona centro de Banderilla, área de influencia de a núcleos básicos excluidos para la muestra. Los cuestionarios fueron aplicados por los integrantes del equipo de acuerdo a la metodología programada, y descrita anteriormente. Los resultados fueron satisfactorios, ya que no se tuvo problemas para la realización, y la población encuestada fue bastante cooperadora. El tiempo de aplicación osciló entre diez y veinticinco minutos.

A través de esta prueba piloto se detectaron algunos puntos importantes como falta de claridad en la redacción de las preguntas, el tiempo de levantamiento así como la importancia del conocimiento previo del instrumento para su aplicación.

6.1.6. Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

6.1.6.1. Describe los procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Como parte de este proceso se codificaron las preguntas que integraron los cuestionarios, esto con el fin de facilitar su análisis en una base de datos. Para la captura de los cuestionarios, se tuvo una capacitación previa en el programa estadístico de base de datos SPSS Versión 15. La captura de los 322 cuestionarios se realizó de forma equitativa entre los integrantes del equipo.

Una vez capturada el total de los cuestionarios, e validó la base de datos a través de herramientas del sistema operativo SPSS versión 15, corroborando con las encuestas realizadas. A partir de esto, se procedió a obtener frecuencias, tablas de contingencia, estadística descriptiva y analítica. Ésta última realizada en el programa Statcalc MSDOS para obtener razón de momios o riesgo relativo según sea el caso.

6.1.6.2. Señala los Indicadores utilizados para la descripción

Se utilizaron para las características socio-demográficas como la tasa bruta de mortalidad, tasa bruta de natalidad, tasa de fecundidad general, tasa de crecimiento natural, incidencia acumulada, prevalencia, la distribución por edad en grupos quinquenales y por sexo, razón hombre-mujer, distribución por nivel de escolaridad, distribución por condición de actividad económica, proporción de población analfabeta por sexo, distribución del nivel económico familiar, porcentaje de hacinamiento, proporción de viviendas en condiciones desfavorables; en relación a la identificación de los daños se analizaron en relación a morbilidad la incidencia acumulada de infección respiratoria aguda; enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años; infección de vías urinarias en mujeres de quince años y más; la prevalencia de hipertensión arterial sistémica; diabetes mellitus tipo 2; alcoholismo; tabaquismo; para mortalidad fue las frecuencias de las causas de muerte por sexo y grupo etáreo.

Para la evaluación de factor de riesgos se obtuvieron los siguientes datos: Infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años; infección respiratoria aguda en el adulto mayor; enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años; infección de vías urinarias en mujeres mayores de quince años; enfermedad por hipertensión arterial sistémica y enfermedad por diabetes mellitus tipo 2. También se analizaron los recursos, servicios

y programas de salud.

6.1.6.3. Señala las técnicas utilizadas para el análisis

Se utilizaron medidas de asociación:

Razón de momios que es utilizada en los estudios de casos y controles, también es conocida como razón de suerte, razón de disponibilidad o razón de productos cruzados. Un momio es una probabilidad de que ocurra un evento, entre la probabilidad de que no ocurra. Cuando la variable de exposición es dicotómica, el momio de exposición en los casos dividido entre el momio de exposiciones de los controles, constituye la Razón de Momios[22].

Riesgo relativo ó razón de riesgo, establece la razón existente entre el riesgo de los expuestos (incidencia o tasa de incidencia del efecto de los expuestos) y el riesgo de los no expuestos (incidencia o tasa de incidencia del efecto en los no expuestos).

6.2. Abordaje cualitativo

6.2.1. Tipo de estudio y diseño

Por su profundidad de comprensión es de tipo descriptiva, por que la investigación cualitativa trata de los aspectos emocionales de la respuesta humana. Añade a los resultados cuantitativos sentimiento, contextura y matiz haciendo uso del recurso de entrevistas individuales a fondo y, los debates de grupos focales[23].

Su postura es de tipo interpretativo. Cuando se obtiene la información proveniente de grupos pequeños de personas. No se hace intento alguno por sacar conclusiones firmes, ni generalizar los resultados a la población en general.

Es un estudio observacional, por que es un procedimiento encaminado a articular una percepción deliberada de la realidad manifiesta con su adecuada interpretación, captando su significado, de forma que mediante un registro objetivo, sistemático y específico de la conducta generada de forma espontánea en el contexto indicado, y una vez se ha sometido a una adecuada codificación análisis, nos proporcione resultados válidos dentro del marco específico de conocimientos en que se sitúa[23].

Es inductiva, por que el investigador desarrolla o afirma las pautas y problemas centrales de su trabajo durante el mismo proceso de la investigación. Por tal razón, los conceptos que se manejan en las investigaciones cualitativas en la mayoría de los casos no están operacionalizados desde el principio de la investigación, es decir, no están definidos desde el inicio los indicadores que se tomarán en cuenta durante el proceso de investigación. En esta investigación se desarrollaron conceptos y subconceptos los cuales, se comprendieron partiendo de las pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos[24].

6.2.2. Descripción del universo y muestra

Se utilizó un muestreo teórico, el cual se entiende como la muestra obtenida a medida que el estudio progresa. Por medio de éste, se seleccionan los casos de acuerdo al potencial para el desarrollo de nuevos conocimientos o para el refinamiento y expansión de los ya adquiridos, buscando deliberadamente la máxima variación en los datos. El tamaño de la muestra se determina mediante el criterio de la saturación teórica: cuando la inclusión de nuevos casos ya no agrega variedad sino sólo cantidad[25].

Por medio de este método, se seleccionó los sujetos a estudiar según su posible aportación al clarificar, puntualizar o expandir los conocimientos previos sobre el tema a estudiar, dado que se tiene interés en conocer la percepción de los distintos actores que están involucrados en la calidad de la atención de los servicios de salud que ofrece el Centro de Salud Banderilla, es decir, la perspectiva de los directivos, los prestadores de servicios y usuarios de ésta institución (ver anexo 8).

Para este fin, fue entrevistado el jefe de la Jurisdicción Sanitaria número V y la directora del centro de salud Banderilla, para conocer los retos de los directivos; en tanto, fueron entrevistados una doctora, dos enfermeras y el médico de mayor antigüedad, para conocer la percepción de los prestadores del servicio. Por último, fueron entrevistadas tres pacientes para saber la perspectiva de los usuarios. Todos ellos forman parte de los tipos sociales conformados por individuos con atributos o cualidades dentro de un grupo. Cada uno de ellos expreso una serie de variables discursivas que fueron codificadas. Ellos quedaron comprendidos de la siguiente forma.

Tabla 3. Tipos sociales y variables discursivas

Tipos sociales	Variable discursiva
Directivos (2)	Directivo de la Jurisdicción Sanitaria. Directivo del Centro de Salud.
Prestadores de servicio (4)	Coordinadora de servicio. Responsable de área de servicio.
3 usuarios	Usuarios del Centro de Salud

6.2.3. Definición de variables

6.2.3.1. Define los conceptos y subconceptos para el apartado cualitativo

Para el estudio cualitativo fueron construidos conceptos y subconceptos que nos permitieran estudiar las variables discursivas de los sujetos entrevistas. Taylor y Bogdan (Taylor SJ y Bogdan R. Ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1992. P 15-27.), establecen que nuestro enfoque se orienta hacia el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian.

Así, los conceptos sociológicos se emplean para iluminar rasgos de los escenarios o personas estudiados y para que faciliten su comprensión. Ahora bien, los hallazgos deben presentarse cómo un conjunto de conceptos interrelacionados y no sólo como una lista de temas.

Estas construcciones, no tan sólo reducen los datos a conceptos, si no que los convierte en afirmaciones de relación que pueden utilizarse para explicar lo que ocurre, en un sentido general[26]. Una vez definidos los conceptos, son creados los subconceptos, lo que nos ayudará a determinar el valor de la expresión denominada variable discursiva.

Para la creación de los conceptos y sus respectivos códigos se tomó en cuenta la mirada de Directivos, Prestadores de Servicio y Usuarios. Para el primero fue elegido el concepto de Retos (RE); para el segundo actor social se creó el concepto de Calidad de la Atención (CA) y para el tercero Pensamiento (PE).

En Cuanto a RE fueron incluidos los subconceptos satisfacción del personal (sp), información al paciente (ip), capacidades (ca), recursos humanos (rh), actitudes (ac) y calidez (cz). En relación a Prestadores de Servicio fueron creados los subconceptos normas (no), calidad (ca), modelo de atención (ma), infraestructura (in), confianza (co), estratégias (es), satisfacción del usuario (su), capacitación (cp), oportunidades (op). Por último, a la mirada de los usuarios, se consideraron los subconceptos percepción (pe), tiempo (ti), atención (at), eficiencia (ef) y puntualidad (pu).

6.2.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

La presente investigación se valió de la entrevista focal semi-estructurada como instrumento de recolección de información. La entrevista focal es una entrevista directa en situaciones concretas. Va dirigida a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente por haber tomado parte de la situación o experiencia definida. La entrevista focal reconstruye percepciones y conocimientos sobre un tema en particular.

De alguna manera el entrevistador conoce de antemano directa o indirectamente, esta situación con los elementos, procesos y estructura total de la misma y la ha analizado sistemáticamente. En base de este análisis es que se elabora la guía de preguntas. Para este trabajo ésta técnica de entrevista es de mayor utilidad para conocer la percepción de los prestadores de servicios y los directivos sobre la calidad de los servicios que ofrecen.[27]

6.2.4.1. Presentación y descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

La entrevista focal como técnica de investigación cualitativa se estructuró a partir de una guía de tres preguntas dirigidas a directivos, prestadores de servicios y usuarios del Centro de Salud Urbano Banderilla (Ver anexo 9).

El contenido de la Entrevista focal constó de dos apartados: presentación del entrevistador como integrante de un equipo de trabajo de estudiantes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana y apartado de preguntas (dos en este caso). En la presentación se explicó el carácter confidencial de las entrevistas y que sólo tenía fines académicos;

La entrevista focal contempló preguntas para la identificación de los participantes tales como: sexo, edad y ocupación, estado civil y grado máximo de estudios alcanzados. Y, la guía contempló las preguntas ¿Qué piensa de la atención que reciben en el centro de salud Banderilla? ¿Por qué nos dice eso?

Como puede observarse en el anexo la guía de tema tuvo un tema similar para los tres tipos de eventos.

Además, se hizo uso de una guía de observación, como recurso para apuntar información relacionada con el contexto en el que se desarrollaron las entrevistas. Esta incluyó el nombre del entrevistado, el nombre del entrevistador, el nombre del observador y la sede en donde se aplicaron los instrumentos. También contempló un apartado para la técnica utilizada, la hora de inicio y de finalización del ejercicio[27].

Por medio de la guía de observación se describió el espacio, el contexto, la conducta verbal, la expresión de la persona entrevistada, el nivel de entusiasmo, los problemas de participación y la desviación de las preguntas del tema. (ver anexo 10)

6.2.4.2.1. Presenta y describe la validación de instrumentos

De acuerdo a Hernández Guerson, se utilizaron tres niveles de profundidad como técnica para el análisis de los discursos obtenidos con la entrevista focal.

El primer nivel es el de la reproducción fiel, la cual se inicia desde el momento en que se realiza la técnica hasta que se transcriben textualmente las entrevistas.

El segundo nivel es el de la descripción. Esto es, la codificación con base en la reproducción fiel. La codificación consiste en la categorización de segmentos de las trascripciones identificando los grandes temas y subtemas abordados.

El tercer nivel es el de la reconstrucción. Este nivel se orienta a la interpretación. Se realiza a partir de la subjetividad adquirida por el equipo de investigadores. Los hallazgos del nivel descriptivo, en esta fase, se someten a la discusión y reflexión del grupo de investigadores siguiendo los principios de la inducción[27].

6.2.4.2.2. Presenta y describe los resultados de la prueba piloto

Una vez validados los instrumentos, se procedió a la aplicación de la prueba pilito. Esta fue programada para el 7 de diciembre del 2008. Cabe destacar que a través del Instituto de Salud Pública se giraron los oficios correspondientes para la concertación de las entrevistas. Para tal caso, fueron elegidos para la prueba piloto que fue aplicada a directivos: al Jefe de Zona Rene Cuauhtemoc Chillopa Cerda, de la jurisdicción Sanitaria Número V; en cuanto a prestadores, a la odontóloga María Eugenia Morales y a la enfermera María Teresa Rodríguez del Centro de Salud Revolución y, para el grupo focal, a mujeres del grupo de autoayuda de diabetes del Centro de Salud Banderilla.

Tal y como se tenía previsto, el equipo Banderilla se presentó a las unidades de salud para la aplicación de los instrumentos. Desafortunadamente, los oficios girados por el instituto no fueron turnados a sus destinatarios finales, por lo que el equipo procedió a notificar de manera personal el motivo de los ejercicios, a cada uno de los directivos de los servicios en los que se aplicaría la prueba.

El equipo Banderilla arribó a las 8:00 horas al Centro de Salud Banderilla e inició la entrevista con el grupo focal a las 9:00 de la mañana del día señalado. Se hicieron las gestiones necesarias para realizar la técnica con el grupo de autoayuda de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Se preparó el equipo técnico que constó de una radio grabadora de audio casetes, con micrófono integrado. Este equipo tuvo que ser sustituido por que no sirvió. En su lugar fue utilizada una computadora HP 500 y el programa Audiograbber versión 1.83 con un micrófono omnidireccional.

La alumna Cristina Montejo Briceño fungió como entrevistadora; Norberto Galván Valentín y Judith Hernández Siliceo como observadores.

El espacio facilitado para la realización de la técnica fue la sala de usos múltiples del centro de salud, en la que se sentó en círculo a las participantes, en total seis mujeres: María, Sara, Vale, Reyna, Hermelinda y Simona.

La participación de todas las presentes fue similar, a la que no había participado se le instaba a hacerlo y respondía sin reticencias.

Los inconvenientes: el paso de vehículos pesados por la calle frontal que opacaba las voces. Al incorporarse Judith al círculo del grupo focal, algunas de las participantes se distrajeron y comenzaron a hablar con ella y dejaron de lado el ejercicio.

Al término de la entrevista con el grupo focal, el equipo se traslada al Centro de Salud Revolución para elaborar las entrevistas con prestadores de servicios. Se llegó al centro alrededor de las 10:00 am. Esta institución tiene más actividad que la de Banderilla. Esto dificultó que se pudiera contactar inmediatamente a uno de los médicos. Ellos eran el objetivo para nuestra prueba piloto.

En su lugar, fueron entrevistadas la odontóloga María Eugenia Morales y la enfermera María Teresa Rodríguez. Para ambas entrevistas, la alumna Judith Hernández Siliceo fungió como entrevistadora mientras que los otros integrantes del equipo registraban sus observaciones.
La entrevista de la odontóloga se hizo en su consultorio, un lugar espacioso y que por su aislamiento con el público permitió que esta se efectuara sin inconvenientes.

Para finalizar se traslada el equipo a la Jurisdicción Sanitaria Número V. para realizar la entrevista al directivo. Esta fue efectuada en las oficinas de la jurisdicción sanitaria número V de la ciudad de Xalapa. El ejercicio estuvo a cargo de Judith Hernández. La oficina donde fue realizada la entrevista es de dimensiones sumamente reducidas. Muebles y documentos están prácticamente apilados. Fue incomodo aplicar el instrumento en ese lugar.

La prueba piloto nos permitió hacer una descripción de las variables discursivas manejadas y un desglose de los conceptos y subconceptos categorizados. Se observó que la mayor parte de los entrevistados mostraban interés por aspectos tales como el modelo de atención, la calidez, el tiempo, en el caso de los directivos; calidad del servicio, en cuanto a prestadores y problemas de suministro de insumos así como falta de personal, por lo que hace a los usuarios.

6.2.5. Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

Como ya se explicó líneas arriba, fueron elaborados conceptos y subconceptos a priori con el propósito de identificar las variables discursivas expresadas por los actores sociales elegidos para aplicarles las entrevistas focalizadas. Estos conceptos y subconceptos nos ayudaron a identificar las variables discursivas.

6.2.5.1. Describe los procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Así como se hizo en la prueba piloto, fueron transcritas de manera fiel en una hoja dividida en dos las entrevistas de los actores sociales, con su posición desde la perspectiva de directivos, prestadores de servicios y usuarios. Esto permitió identificar los conceptos codificados previamente. Estas transcripciones se hicieron con apoyo del programa Dragon Speaking versión 7.

6.2.5.2. Señala los indicadores utilizados para la descripción

Si hizo uso del recurso de un cuadro para identificar las variables discursivas y así poder determinar la generalidad, variabilidad y la ocurrencia de casos raros identificados, así como la existencia de casos emergentes, que se refieren a las variables no consideradas y que se presentaron en los discursos.

6.2.5.3. Señala las técnicas utilizadas para el diagnóstico

Una vez realizado el anterior proceso, se identifico cuales eran las variables discursivas codificadas que se repitieron en cada uno de los actores sociales y que por su consistencia fueron definidas por contener generalidad discursiva, variabilidad, casos raros con el propósito de definir el espectro del discurso.

7. RESULTADOS

7.1. Localización geográfica de la sede

El Centro de Salud Banderilla está ubicado en la avenida Constitución No. 3 colonia Centro de la Ciudad de Banderilla Veracruz, aproximadamente a unos 50 metros del Boulevard Xalapa-Banderilla. Colinda a la derecha con el Jardín de Niños Ana Frank, a la izquierda con un lavado de automóviles y en la parte de posterior con la calle Independencia. Al frente, cruzando la calle, se encuentra la escuela de Bachilleres Profesor Alberto Dondé.

El Centro de Salud sede está construido sobre un terreno propio de una superficie aproximada de 1,140 metros cuadrados y tiene 360 metros cuadrados de construcción. La ubicación del centro se puede observar la figura 1.

7.2. Características físicas de la sede

Esta es una unidad de primer nivel de atención dentro de la jurisdicción sanitaria número V Xalapa, dependiente de los Servicios de Salud de Veracruz.

El equipamiento corresponde al requerido por las unidades de primer nivel. Un escritorio, sillas, mesa de exploración, cortina divisora, lavamanos, lámpara de pedestal y gabinete para cada uno de los cuatro núcleos básicos de esta unidad. El centro de salud cuenta actualmente con tres consultorios, una recepción, una sala de enfermería, un baño público, una farmacia que da albergue al área administrativa, un área de de promoción a la salud, un consultorio dental, sala para toma de papanicolau y curaciones, oficina de la dirección (ver figura 2).

7.3. Características del personal de salud

El Centro de Salud cuenta con una plantilla de diecisiete trabajadores, nueve de ellos, son personal de base, cinco de contrato y cuatro en servicio social distribuidos de la siguiente forma:

Cinco médicos generales, cinco enfermeras generales, tres odontólogos, un pedagogo en el área de promoción, un nutriólogo, una odontóloga y un biólogo en el área de administración. Este centro de salud trabaja en horario matutino y vespertino iniciando actividades desde las 7:30 hrs. a las 21:00 hrs. El organigrama del personal se encuentra en el anexo 11.

7.4. Servicios que se ofrecen en la sede

El Centro de Salud Banderilla brinda servicios de primer nivel de atención a la salud, en la que se oferta el Paquete Básico de Servicios de Salud con sus trece acciones gratuitas de promoción, prevención y curación:

1. Saneamiento a nivel familiar.
2. Planificación familiar.
3. Atención del Embarazo, Parto y Puerperio.
4. Vigilancia de la nutrición y el crecimiento de los niños.
5. Vacunas.
6. Manejo de la diarrea en el hogar.
7. Tratamiento Familiar antiparasitario.
8. Manejo de infecciones respiratorias agudas.
9. Prevención y control de la Tuberculosis Pulmonar.
10. Prevención y control de la Hipertensión Arterial y de la Diabetes Mellitus.
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
12. Participación comunitaria para el auto cuidado de la salud.
13. Prevención y control de cáncer cervicouterino.

Cuenta también con servicio de odontología en horario matutino y vespertino, así como departamento de nutrición en horario matutino. Además se brinda servicio de laboratorio por alumnos de la facultad de bioanálisis de la unidad de Ciencias de Salud de la UV, quienes acuden a realizar toma de muestras y entrega de resultados de lunes a viernes en horario de 8:30 a 10:00 hrs. En la unidad se llevan a cabo programas de club de diabéticos, hipertensos embarazadas y estimulación temprana con sesiones semanales en salón de usos múltiples.

7.5 Resultados

7.5.1. Derivados del análisis cuantitativo

7.5.1.1 Características sociodemográficas

A partir de las encuestas realizadas, se recabó información sobre 1332 personas. La distribución por grupos quinquenales y por sexo se presenta a continuación en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de la población por grupos quinquenales y por sexo. Banderilla Ver. 2007

Grupos Quinquenales	Hombre	Mujer	Total
0 a 4	48	49	97
5 a 9	63	55	118
10 a 14	74	61	135
15 a 19	66	80	146
20 a 24	66	62	128
25 a 29	66	62	128
30 a 34	48	44	92
35 a 39	41	38	79
40 a 44	40	67	107
45 a 49	44	38	82
50 a 54	37	30	67
55 a 59	20	23	43
60 a 64	11	21	32
65 y más	33	30	63
No especificado	6	9	15
Total	663	69	1332

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

La población está compuesta de 49.7 por ciento de hombres y 50.3 por ciento de mujeres. La razón hombre/ mujer es de 99 hombres por cada 100 mujeres.

La tasa bruta de mortalidad en el 2007 en la población encuestada es de poco más de dos personas por cada mil habitantes, mientras que la tasa de crecimiento natural del mismo año es de 14.26; dando como resultado una tasa de crecimiento natural de 12.01. Otro dato relevante calculado es la tasa de fecundidad general, con casi cinco nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil.

La distribución de la población por niveles escolares alcanzados se presenta en la tabla 5.

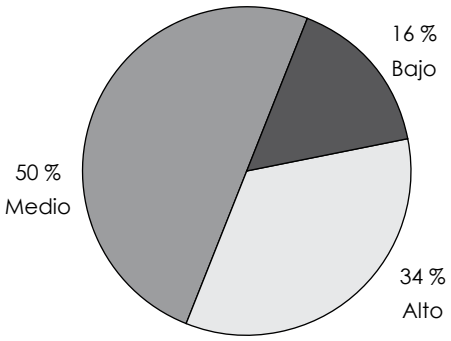
Tabla 5. Distribución de las familias por nivel económico. Banderilla Ver. 2007

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	150	14.4
Primaria	264	25.3
Secundaria	282	27.0
Carrera técnica o comercial (después de la secundaria)	27	2.6
Bachillerato	190	18.2
Carrera técnica o comercial (después de la preparatoria)	25	2.4
Licenciatura	91	8.7
No sabe/no responde	16	1.6
Total	1045	100.0

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

Se encontró que 5.6 por ciento de la población a partir de 15 años es analfabeta, del cual el 37 por ciento son hombres y 63 por ciento mujeres. El nivel económico familiar se presenta en la figura 3.

Figura 3. Distribución del nivel económico familiar. Banderilla, Ver.



Un 35 por ciento de las viviendas tienen hacinamiento y un 9 por ciento no cuenta con las condiciones adecuadas para proteger a su habitantes de enfermarse de EDAs, así mismo, un 44.7 por ciento de las mismas no posee características que resguarden a las personas que viven en ellas contra el riesgo de contraer IRAS.

7.5.1.2. Identificación de los daños

7.5.1.2.1. Morbilidad

Los resultados de la encuesta respecto a los daños priorizados se dividen en morbilidad y mortalidad. En el primer caso, comprende la incidencia acumulada para las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones de vías urinarias, así como la frecuencia de accidentes por vehículo de motor y de infarto al miocardio. Para la prevalencia, las enfermedades a estudiar son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el alcoholismo y el tabaquismo.

La incidencia acumulada general de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en los treinta días previos a la encuesta fue de 70 por ciento, la incidencia acumulada por sexos del mismo daño es de 62 por ciento en los hombres y del 77 por ciento en las mujeres. En la tabla 6 puede observarse la incidencia acumulada por edades desplegadas.

Tabla 6. Incidencia acumulada de infecciones respiratorias en menores de cinco años por edad desplegada. Banderilla Ver. 2007

Años	Incidencia acumulada
Menores de 1 año	86%
1 año	81%
2 años	53%
3 años	63%
4 años	64%

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

La incidencia acumulada de IRAs en personas mayores de 60 años es de 37 por ciento, de la cual el daño se presentó en el 43 por ciento de los hombres y en el 39 por ciento de las mujeres.

La incidencia acumulada general de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años durante el mes previo a la aplicación del cuestionario es de 19 por ciento. El daño se manifestó en el 25 por ciento de los varones y el 14 por ciento de las mujeres. En la tabla 7 se expresa la incidencia acumulada por edades desplegadas.

Tabla 7. Incidencia acumulada de enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años por edad desplegada. Banderilla Ver. 2007

Edad	Incidencia acumulada
Menores de un año	25%
1	17%
2	29%
3	20%
4	9%

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

Los resultados del cuestionario sobre las infecciones de vías urinarias en mujeres de 15 años y más en los treinta días previos a la encuesta arrojan una incidencia acumulada general de 18 por ciento. En la tabla 8 se presenta la incidencia acumulada por grupos de edad de interés epidemiológico.

Tabla 8. Incidencia de infecciones de vías urinarias en mujeres de 15 años y más por grupos de edad epidemiológicos. Banderilla Ver. 2007

Grupo de edad	Incidencia acumulada
15 a 19	19%
20 a 24	15%
25 a 44	17%
45 a 49	16%
50 a 59	23%
60 a 64	33%
65 y más	13%

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

La frecuencia de accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos de 16 años o más durante los últimos 8 años es de 25 accidentados, de los cuales el 76 por ciento son hombres y 24 por ciento son mujeres. La tabla 9 presenta la frecuencia del evento por grupos de edad de interés epidemiológico.

Tabla 9. Frecuencia de accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos de 16 años o más por grupo de edad. Banderilla Ver. 2007

Grupo de edad	Frecuencia
15 a 19	1
20 a 24	3
25 a 44	11
45 a 49	6
50 a 59	3

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

Entre las personas encuestadas sólo se reportó un caso de infarto agudo de miocardio, en un varón de 60 años que sobrevivió al evento.

La prevalencia general de hipertensión arterial sistémica al momento de la entrevista es de 6.4 por ciento, en la tabla 10 se presenta por grupos de interés epidemiológico.

Tabla 10. Prevalencia de hipertensión arterial sistémica por grupos de edad de interés epidemiológico. Banderilla Ver.

Grupo de edad	Prevalencia
20 a 24	.8%
25 a 44	3.7%
45 a 49	7.3%
50 a 59	13.0%
60 a 64	14.0%
Mayores de 65	25.0%

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007.Elaboración propia.

La prevalencia general de diabetes mellitus es de 3.8 por ciento. La tabla 11 presenta la prevalencia por grupos de edad de interés epidemiológico.

Tabla 11. Prevalencia de diabetes mellitus por grupos de edad de interés epidemiológico. Banderilla Ver. 2007

Grupo de edad	Prevalencia
25 a 44	2.2%
45 a 49	2.2%
50 a 59	12.7%
60 a 64	12.5%
65 y más	14.2%

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

La prevalencia general de alcoholismo en personas mayores de 12 años es de 4.97 por ciento. La tabla 12 presenta la prevalencia general por grupos de edad de interés epidemiológico.

Tabla 12. Prevalencia de alcoholismo por grupos de edad de interés epidemiológico. Banderilla Ver 2007

Grupo de edad	Prevalencia
15 a 19	.7%
20 a 24	7.8%
25 a 44	5.9%
45 a 49	2.4%
50 a 59	6.3%
60 a 64	6.2%
Mayores de 65	9.5%

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

La prevalencia general de tabaquismo es de 11 por ciento. A continuación en la tabla 13 se presenta la prevalencia por grupo de edad de interés epidemiológico.

Tabla 13. Prevalencia de tabaquismo por grupos de edad de interés epidemiológico. Banderilla Ver. 2007

Grupo de edad	Prevalencia
10 a 14	1.5%
15 a 19	1.4%
20 a 24	6.3%
25 a 44	4.4%
45 a 49	67.0%
50 a 59	10.9%
60 a 64	50.0%
Mayores de 65	7.0%

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

7.5.1.2.2. Mortalidad

Durante el periodo 2000-2007 ocurrieron 26 muertes, las cuales se presentan en la tabla 14 por sexo y causa de muerte.

Tabla 14. Frecuencia de causas de defunciones por sexo. Banderilla Ver. 2000 a 2007

Causa de muerte	Hombre	Mujer	Total
No especificada	4	6	11
Accidente	3	0	3
Cirrosis	2	0	2
Cáncer	1	1	2
Alzhaimer	1	0	1
Depresión	1	0	1
Desnutrición	1	0	1
Enfermedad diarreica aguda	1	0	1
Meningoencefalitis	1	0	1
Neumonía	1	0	1
Trombosis cerebral	1	0	1
Asma	0	1	1
Total	17	9	26

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

La tabla 15 presenta las defunciones por grupos de edad de interés epidemiológico y causas de muerte.

Tabla 15. Frecuencia de causas de defunciones por grupo de edad Banderilla Ver. 2000 a 2007

Causas	1 a 4	5 a 9	10 a 14	25 a 29	30 a 35	40 a 45	50 a 54	55 a 59	65 y más
Alzhaimer	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cirrosis	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Depresión	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EDA	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Neumonía	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Trombosis cerebral	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Accidente	0	0	0	1	1	0	1	0	0
Asma	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Desnutrición	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Infección	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Meningoencefalitis	0	0	1	0	0	0	0	0	0
No especificada	1	1	0	0	0	1	0	0	7

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

7.5.1.3. Factores de riesgo para los daños

7.5.1.3.1. Evaluación de factores de riesgo

7.5.1.3.1.1. Factores de riesgo para enfermar

Para conocer si los factores de riesgo que se plantearon eran relevantes para la población encuestada se utilizó el riesgo relativo y su intervalo de confianza en todas los daños a la salud estudiados en la incidencia. Para prevalencia se utilizó la razón de momios con su respectivo intervalo. Cabe mencionar que el tamaño muestral se consideró con base a una prevalencia general, no en la de un daño en particular. Por lo que los datos de riesgo relativo como de razón de momios relevantes que resulten significativos en esta pequeña muestra serán de mayor importancia al hacer estudios de mayor alcance. En la tabla 16 se presenta el riesgo relativo de los factores de riesgo para IRAs.

Tabla 16. Riesgo relativo de los factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. Banderilla Ver. 2007

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Sin lactancia materna	1.10	0.81 a 1.50
Exposición a humo de leña	0.77	0.42 a 1.40
Exposición a tabaco	1.33	1.05 a 1.69
Sin vacuna pentavalente	1.07	0.77 a 1.48
Sin vacuna contra la influenza	1.08	0.83 a 1.41
Sin vacuna contra el neumococo	1.02	0.77 a 1.35
Responsable analfabeta	0.79	0.41 a 1.53
Responsable del menor no capacitado en el manejo de IRAs	0.99	0.77 a 1.28
NEF bajo Vs NEF alto	1.11	0.70 a 1.75
NEF bajo Vs NEF medio	0.93	0.69 a 1.26

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

En el caso de las IRAs los riesgos relativos relevantes para la muestra son (de mayor a menor relevancia) la exposición al tabaco, el nivel económico familiar bajo contra el alto, la lactancia materna, la vacuna contra la influenza, la pentavalente y contra el neumococo. De estos datos, sólo la exposición al tabaco tiene un intervalo de confianza que permite la extrapolación de los resultados al resto de la población y por tanto se puede concluir que es el único factor de riesgo estadísticamente significativo. De ahí que podamos concluir que un menor expuesto al humo de tabaco tiene casi dos veces riesgo de contraer una infección respiratoria aguda que aquello que no están expuestos. En la siguiente tabla 17 se muestran los factores de riesgo para IRAs en personas mayores de 60 años.

Tabla 17. Riesgo relativo de para infecciones respiratorias agudas en mayores de 60 años. Banderilla Ver. 2007

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Exposición a humo de leña	Sin datos	-
Exposición a tabaco	Sin datos	-
Sin vacuna contra la influenza	1.33	0.72 a 2.49
Sin vacuna contra el neumococo	1.20	0.63 a 2.26
Con diabetes	1.0	0.50 a 2.01
Con hipertensión	1.18	0.66 a 2.10
NEF bajo Vs NEF alto	1.38	0.53 a 3.56
NEF bajo Vs NEF medio	0.84	0.39 a 1.81

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

Los riesgos relativos de IRAs en personas mayores de 60 años relevantes para la muestra son el NEF bajo contra el alto, la vacuna contra la influenza y contra el neumococo e hipertensión arterial; sin embargo, ninguno de estos resultados tienen un intervalo de confianza mayor a uno y por tanto no se pueden considerar significativos. En caso de los riesgos de exposición a humo de leña y exposición a tabaco no se encontraron los datos suficientes para llenar la tabla tretacórica requerida para el cálculo del riesgo relativo.

La tabla 18 presenta los riesgos relativos de enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. Los factores relevantes para la muestra son el NEF bajo con el NEF alto, el NEF bajo con el NEF medio, el almacenaje de la basura dentro de la vivienda, que el responsable del menor no se lave las manos antes de comer y después de ir al baño, y que el menor de cinco años o su responsable no le lave las manos antes de ir a comer y después de ir al baño y por último la vivienda que cuente con llave de agua potable fuera de la vivienda. No se encontraron datos suficientes para calcular el riesgo relativo para vivienda sin drenaje y con piso de tierra, la basura sin tapar dentro de la vivienda y el consumo de frutas y verduras sin desinfectar. De estos resultados se desprende que ningún factor de riesgo es significativo.

Tabla 18. Riesgo relativo de los factores de riesgo para enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. Banderilla Ver. 2007

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Vivienda con llave fuera de la vivienda	1.04	0.35 a 3.12
Vivienda sin drenaje	Sin datos	-
Vivienda con piso de tierra	Sin datos	-
Almacenaje de basura dentro de la vivienda	1.37	0.58 a 3.19
Basura sin tapar dentro de la vivienda	Sin datos	-
Sin lactancia materna	0.66	0.17 a 2.56
No consumo de agua potable	0.77	0.20 a 2.99
Consumo de frutas y verduras sin desinfectar	Sin datos	-
El responsable no se lava las manos antes de comer ni después de ir al baño	1.30	0.50 a 3.38
Menor de 5 años que no le lavan las manos antes de ir a comer y después de ir al baño	1.14	0.48 a 2.74
Capacitación del responsable en el manejo de EDAs	0.84	0.38 a 1.88
NEF bajo Vs NEF alto	2.24	0.53 a 9.46
NEF bajo Vs NEF medio	1.51	0.65 a 3.51

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

Los riesgos relativos respecto a los factores de riesgo para IVUs en mujeres de 15 años y más son presentados en la tabla 19. Los resultados relevantes para la muestra son el uso frecuente de baños públicos (con un intervalo de confianza significativo), sin baño diario y sin uso del condón; por tanto puede concluirse que las mujeres que usan baños públicos tienen casi dos veces probabilidad de contraer una infección de vías urinarias contra aquellas que no los usan.

Tabla 19. Riesgos relativos de los factores de riesgo para infecciones de vías urinarias en mujeres de 15 años y más. Banderilla Ver. 2007

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Con diabetes mellitus	0.49	0.31 a 0.78
Uso frecuente de baños públicos	1.68	1.06 a 2.66
Consumo menos de dos litros de agua al día	0.86	0.58 a 1.28
Consumo diario de refrescos embotellados	0.87	0.59 a 1.30

Consumo diario de alimentos chatarra	0.86	0.52 a 1.43
No uso del condón	1.26	0.69 a 2.43
Sin baño diario	1.52	0.97 a 2.39
Técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción.	0.68	0.37 a 1.26

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

En la siguiente tabla se presentan las razones de momios para los factores de riesgo para hipertensión arterial. En el caso de este daño fue relevante padecer diabetes mellitus, seguido del riesgo de tener familiares (abuelos o padres) hipertensos. Ser obeso y padecer alcoholismo son relevantes pero sólo para la muestra estudiada. Aunque se presentó la edad mayor a 20 años como un factor de riesgo, no fue posible realizar la razón de momios pues todos los casos reportados de hipertensión eran mayores a 20 años.

Tabla 20. Razón de momios de los factores de riesgo para hipertensión arterial. Banderilla Ver. 2007

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza
Ser hombre	0.81	0.47 a 1.41
Tener familiar hipertenso	3.20	1.81 a 5.65
Obeso	1.60	0.93 a 2.76
Con alcoholismo	1.97	0.72 a 5.07
Con tabaquismo	0.48	0.14 a 1.40
No realiza actividad física cotidiana	0.96	0.50 a 1.87
Con diabetes mellitus	12.08	5.47 a 26.53

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

La tabla 21 presenta los valores obtenidos en las razones de momios para factores de riesgo para diabetes mellitus. Se tuvo factores de riesgo significativos: los alcohólicos presentan casi 8 veces riesgo de padecer diabetes mellitus que los no alcohólicos; el tener una edad mayor a 40 años representa 4 veces más riesgo para que se presente diabetes mellitus y en caso de tener un familiar diabético, el riesgo de padecerla es de más de 3 veces. El resto de los valores son significativos pero sólo para la muestra.

Tabla 21. Razón de momios de los factores de riesgo para diabetes mellitus. Banderilla Ver. 2007

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Edad mayor a 40 años	4.17	1.64 a 11.25
Ser mujer	1.87	0.90 a 3.93
Tener familiar diabético	3.48	1.62 a 7.55
Obeso	1.19	0.58 a 2.41
Con alcoholismo	7.72	3.25 a 18.01
No realiza actividad física cotidiana	1.32	0.55 a 3.35

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

7.5.1.4. Recursos, servicios y programas de salud.

Como parte de los resultados de la encuesta se presentan los referentes a los recursos, servicios y programas de salud. En la tabla 22 se presenta la distribución por frecuencias y porcentaje por institución de derechohabiencia.

Tabla 22. Distribución por frecuencias y porcentaje del tipo de derechohabiencia. Banderilla Ver. 2007

Institución	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	396	29.7
ISSSTE	112	8.4
PEMEX	6	.5
SEDENA	2	.2
Marina	0	-
SMUV	9	.6
Ninguna	784	58.9

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia

Otro dato recabado acerca de los servicios de salud fue la utilización de los mismos. Estos se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 23. Distribución por servicios de salud utilizados. Banderilla Ver. 2007

Institución	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	303	21.5
ISSSTE	100	7.1
PEMEX	4	.3
SMUV	9	.6
Centro de salud	447	31.7
Privadas	428	30.3
Tradicionales	11	.8
Otras	11	.8
Ninguna	5	.4
No sabe/no responde	14	1.0

Fuente: Encuesta del diagnóstico de salud 2007. Elaboración propia.

Figura 4. Distribución de las instituciones que proporcionan tratamiento contra diabetes. Banderilla, Ver.

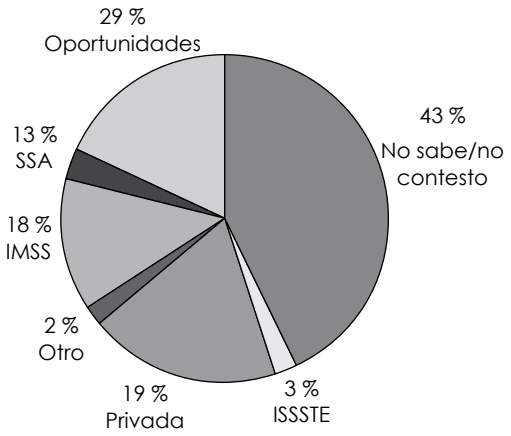
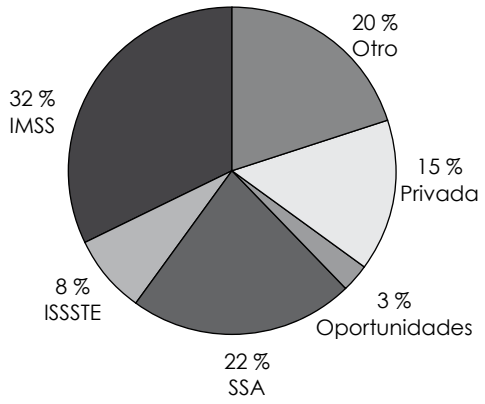


Figura 5. Distribucion de las instituciones que proporcionan tratamiento contra la hipertension. Banderilla, Ver.



Según los datos recabados en menores de cinco años sobre esquemas de vacunación, El 51 por ciento de los menores ha recibido la vacuna anti-influenza, un 69.1 por ciento ha reporta haber recibido la pentavalente y un 44.3 por ciento la de neumococo.

Entre las personas que padecen diabetes, el 91.9 por ciento recibe algún tratamiento. En la figura 4 se presenta la distribución de las instituciones en donde obtienen este tratamiento.

En el caso de las personas que padecen hipertensión arterial el 61.3 por ciento recibe tratamiento. En la figura 5 se presenta la distribución porcentual de las instituciones de salud de donde lo obtienen.

7.5.2. Análisis cualitativo

7.5.2.1. Espectro del discurso

Desde la perspectiva de los prestadores del servicio, la generalidad se presentó en los subconceptos Información al Paciente, Calidez y Modelo de Atención. En cambio en los subconceptos de Satisfacción al Paciente y Eficacia, hubo variabilidad. Se registraron tres casos raros: Capacidades, Recursos Humanos y Actitudes los cuales no fueron expresados por los actores sociales, no obstante de haber sido contemplados a priori dentro de las variables discursivas.

En el discurso de cada uno de los prestadores de los servicios de salud el subconcepto Información al paciente CAip, el cual reportó generalidad o consistencia discursiva, las variables tuvieron los siguientes matices:
"darles buenas indicaciones sobre su receta"
"La atención que se da aquí en el centro de salud es este… oportuna y eficaz"
"por estar explicando y dando a conocer varios temas"
"le sugerimos a la mamá que asistan a sus consultas para que ella se den cuenta de que su niño va creciendo este… acuerdo a su edad"

"aprendan a cuidar su salud y que también interactúa en con nosotros, en este caso conmigo para que esta manera entremos en una onda de confianza entre médico y usuarios".

En cuanto al subconcepto de Calidez el cual fue codificado como CAcz, las personas entrevistadas expresaron lo siguiente:
"para que sea la atención de buena calidad tiene que tratar bien a la persona"

"que se tendría que interactuar más con los usuarios, eh hacerles, educar los pues, educar los, explicarles más, la intención en cuanto a la la atención que aquí se les ofrecen y que ellos aprendan"
"nos externan que ha habido algún problema familiar o que tienen alguna situación, este... emocional a la cual ellos".

En el Modelo de Atención codificado con CAma hubo generalidad o consistencia en el discurso y las expresiones externadas fueron las siguientes:
"Porque les brindamos los primeros servicios aquí en el centro de salud, como mmm, pasar a la consulta, medicina preventiva, vacunación, los papanicolaus, toma de OC";

"trata precisamente de de... de atender los aspectos básicos en lo que es a la salud, yo creo que es una atención de buena calidad";
"se ha visto que el crecimiento demográfico ha traído como consecuencia varias enfermedades que antes no eran de uso común y se ha incrementado los casos de diabetes, hipertensión o de Sida"

En lo que respecta al análisis del discurso de los directivos, fueron entrevistados dos. Estos fueron identificados como Directivo 1 y Directivo 2. En este grupo de actores sociales se contempló encontrar los subconceptos de normas, calidad, modelo de atención, infraestructura, reconocimiento, confianza, estrategias, satisfacción del usuario, capacitación y oportunidades.

El espectro del discurso demostró generalidad en los subconceptos de calidad, modelo de atención:
"pues si tiene que ver con la calidad de atención que se... no podemos trabajar sin agua".
"cumplir con los tiempos están establecidos para la calidad"
En su caso, los subconceptos de normas, infraestructura, confianza, estrategias, satisfacción, se registro variabilidad en el discurso.

"Ya son varios años y se le han hecho algunas reparaciones pero, pues no han sido permanentes, por decir así, siempre tenemos problemas, como ven de humedad, de... se... el techo se filtra, porque es una parte del unidad que ya tiene mucho tiempo... de que se construyó".

Por último se tenía pensado encontrar los subconceptos de reconocimiento, capacitación y oportunidades, los cuales se presentaron como casos raros, ya que no formaron parte del discurso.

Para el análisis del discurso de los usuarios de los servicios de salud, fueron entrevistados tres usuarios, los cuales fueron clasificados por números para su identificación. Los conceptos que se pretendió encontrar en sus discursos fueron percepción, tiempo, atención, eficiencia y puntualidad.

El espectro del discurso demostró generalidad en los subconceptos de Percepción y Atención. En cuanto al subconcepto de Percepción el cual fue codificado como PEpe, los usuarios del servicio se expresaron como a continuación se demuestra:
"Bien, me han atendido las veces que he venido me han atendido bien, si. No tengo nada que decir de hecho"
"Por que este... o sea... pos son... es muy amable la doctora, y... ya le digo pos uno esta ahí bien... y... no hemos tenido ninguna distancia con ellos, hasta ahorita".
"y me han tratado bien las doctoras, no tengo por qué hablar de ellas porque pues... me han atendido..."

En cuanto al subconcepto de atención el cual fue codificado como PEat, aunque hubo generalidad, sus matices fueron los siguientes:
"Por que siempr... por que ya tiene muchos años que ya me están atendiendo aquí en el centro de salud, y si, soy hipertensa, y de hecho me están dando servicio, si".
"O sea aquí que, o sea que hasta ahorita me han atendido bien. Nunca he tenido yo... he tenido quejas de la doctora, de la enfermera, siempre la llevamos bien, si? En la colonia toda la gente viene aquí y la han tratado muy bien, o sea la gente de allá, en mi colonia El Boquerón".
"Pero yo por mi parte, a mi... me han... me han atendido bien. Me han... me han tratado bien con sus consultas y todo citas que tengo. ¿Sí?"
Por otra parte, hubo variabilidad en los subconceptos de Tiempo, Eficiencia y Puntualidad, los cuales fueron codificados como PEti, PEef y PEpu, respectivamente.
En el primero de los casos, en el subconcepto tiempo, el cual sólo se presentó en el usuario número tres, se expreso así:
"yo se que ahí tengo que estar a las citas que nos indican para que ahí nos, nos apunten en una tarjeta que nos dan ellos familiar, y ahí nos van apuntando, las citas de cada familia que asiste. Y... desde entonces yo estoy aquí checandome mi diabetis, si".

En cuanto al subconcepto Eficiencia, el cual sólo fue externada por el usuario uno, su comentario fue el siguiente:
"sí, sí, me los entregan cada, me dan tratamiento para cada mes, cada mes, y cada mes me los dan, si".

Dentro de esta misma perspectiva, la mirada de los usuarios, el subconcepto Puntualidad los usuarios se expresaron de la siguiente forma:
"no me ayuda y pues a veces vengo y ya se me paso la cita, pero... si, si me atienden, si".
"Lo pueden atender todas, a conforme van las… las citas van atendiendo".

8. DISCUSIÓN

Entre los 7, 110,214 habitantes del Estado de Veracruz, una proporción importante se distribuye en áreas con condiciones de insalubridad que contribuyen a la proliferación de enfermedades de diversos tipos[28]. Ésta afirmación lo confirma el presente estudio al encontrar que en Banderilla, un 35 por ciento de las viviendas tienen hacinamiento y un 9 por ciento no cuenta con las condiciones para proteger a sus habitantes de EDAS y un 44.7 por ciento de IRAS.

Otro de los factores que podrían provocar la proliferación de condiciones de riesgo entre la población de Banderilla es el analfabetismo, ya que se encontró que 5.6 por ciento de la población a partir de 15 años es analfabeta, del cual el 37 por ciento son hombres y 63 por ciento mujeres. Este factor es importante, ya que si se promueven programas de prevención de salud en la comunidad, las mujeres (cuyo índice de analfabetismo es mayor y son generalmente las encargadas de cuidar las condiciones de higiene en el hogar), quizá no comprendan adecuadamente las instrucciones o medidas que se comuniquen de forma escrita; provocando resultados limitados en los programas que se lleven a cabo.

En este diagnóstico, la incidencia de IRAs y EDAs se midió en menores de cinco años en los 30 días previos a la encuesta, mientras que en la ENSANUT, como símil, lo hizo en menores de 8 años y en los últimos 15 días previos a la encuesta[12]. A pesar de estas diferencias se hace el cotejo entre ambos estudios. Se encontró en el estudio una incidencia acumulada general en menores de cinco años es de IRAs de 70 por ciento, cifra muy superior a la reportada en la ENSANUT, pues menciona una incidencia general de 42.7 por ciento. Esta misma encuesta reporta que las EDAs en menores de cinco años a nivel nacional tienen una incidencia de 12.9 por ciento, y en Veracruz de 11.9 por ciento, cifras por debajo de las encontradas en el presente diagnóstico, pues se obtuvo una incidencia general de 19 por ciento. Así mismo se encontraron diferencias por sexo, pues el 25 por ciento de varones y el 14 por ciento de mujeres presentaron EDAs en los treinta días previos a la encuesta, la ENSANUT reporta diferencias mínimas. Respecto a la edad para este daño, se encontró que los menores de 2 años tienen la incidencia acumulada más elevada (29 por ciento) seguido de los menores de un año (25 por ciento) y los de tres años (20 por ciento). De nuevo, éstos resultados difieren de los que arroja la ENSANUT, puesto que concluye que a mayor edad menor frecuencia de EDAs[12].

La encuesta realizada arrojó una prevalencia general de HTA de 6.4 por ciento, la cifra queda muy por debajo de la reportada en el Plan Nacional de Salud, que en la población de 20 años y más es de 30.8 por ciento a nivel nacional[11], y entre 30.0 a 32.4 por ciento a nivel estatal[12]. Las razones por las que se presenta ésta diferencia deben ser estudiadas a mayor profundidad. Respecto a la edad se encontró que a mayor edad mayor prevalencia de HTA, tendencia similar a la del Plan Nacional de Salud[11].
La prevalencia general encontrada en el diagnóstico para diabetes mellitus es de 3.8 por ciento, es reducida comparada con la nacional[11] (8 por ciento) y la reportada en el manual de Salud Pública[19](10.7 por ciento).

Sucede algo similar con la de tabaquismo, donde la prevalencia general de la población encuestada es de 11 por ciento y la que reporta la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 es de 26.4 por ciento[29]. Es importante resaltar que en la muestra el 67 por ciento de las personas de 45 a 49 años y la mitad de las personas de 60 a 64 años es fumadora.

Debido al número reducido de defunciones encontradas en la muestra (26), el análisis de la mortalidad y los distintos factores de riesgo de los daños priorizados no pudo realizarse, por lo que se describió las frecuencias de las causas de defunciones por sexo y por grupos de interés epidemiológico.

La exposición pasiva al humo de tabaco causa graves daños a la salud incrementando el riesgo de daños a la salud del fumador involuntario. En los niños afecta principalmente el sistema respiratorio especialmente en hijos de padres fumadores, favoreciendo entre otros trastornos las IRAs[30]. Esta información concuerda con lo encontrado en los factores de riesgo de IRAs en menores de 5 años, pues este factor tiene un RR de 1.33 (IC 1.05 a 1.69).

Se ha observado que es durante el verano la mayor ocurrencia de EDAs[19], esto puede explicar que los factores de riesgo que son presentados no resultan significativos, pues el período en que se realizó la encuesta fue en invierno. Sin embargo, este daño sigue siendo un problema en algunos estados y en los municipios y localidades más pobres del país[11].

Los resultados de la razón de momios para diabetes arrojó como factores de riesgo relevantes en primer lugar al alcoholismo (OR 7.72, IC 3.25 a 18.1) asociado tradicionalmente a daños como la cirrosis hepática y los accidentes de tránsito[11]. En segundo lugar se encuentra

cumplir 40 años o más, llegar a esa edad implica tener poco más de 4 veces probabilidades de padecer diabetes mellitus, este resultado concuerda con lo reportado en el Plan Nacional de Salud, pues reporta una prevalencia general del 20 por ciento en personas mayores a 50 años de edad[11]. Tener un familiar diabético predispone tres veces más a manifestar la diabetes (OR 3.48 por ciento, IC 1.62 a 7.55). Este resultado concuerda en parte con los hallazgos encontrados por Velasco, que encuentra en la razón de momios de antecedentes heredofamiliares para diabetes mellitus un IC de 5.38 y 2.69 en hombres y un 8.37 y 6.11 en mujeres[31].

En el análisis de los factores de riesgo para hipertensión arterial, los datos más relevantes resultaron los antecedentes heredofamiliares (OR 3.20 IC 1.81 a 5.45) y padecer diabetes mellitus (OR 12.08, IC 5.47 a 26.53). Estos resultados difieren de los factores de riesgo que contempla el Plan Nacional de Salud para el desarrollo de la hipertensión arterial: obesidad, sedentarismo, elevado consumo de sal y el consumo excesivo de alcohol[11].

La ENSANUT[12] presenta respecto a la derechohabiencia, que el 48.5 por ciento de las personas no se encuentra asegurada, un 27.6 por ciento lo está por el IMSS y un 5.2 por ciento lo está por el ISSSTE, por mencionar los más importantes. Esta tendencia se presenta en los resultados del presente diagnóstico, con un 58.9 por ciento no asegurado, un 29.7 por ciento por el IMSS y un 8.4 por ciento por el ISSSTE. Respecto a la utilización de los distintos servicios de salud, la ENSANUT reporta que el 37.6 por ciento de la población acude a instituciones privadas, 26.9 por ciento asiste a la servicios otorgados por la Secretaria de Salud, 23.1 por ciento al IMSS y el 5 por ciento al ISSSTE. Los hallazgos del presente diagnóstico de salud son consistentes con estos datos, exceptuando el relacionado con los servicios de la Secretaria de Salud, cuyo porcentaje es ligeramente mayor al de las instituciones privadas de salud[12].

Esta elevada demanda por el servicio del Centro de Salud Banderilla se ve reflejada en las variables discursivas de los usuarios del servicio a los que se tomó en cuenta para llevar a cabo la entrevista focalizada en el abordaje cualitativo, los cuales expresaron satisfacción por el servicio brindado. Tal es el caso del usuario uno quien se expresó de la siguiente forma:

-*"Pero yo por mi parte, a mi... me han... me han atendido bien. Me han... me han tratado bien con sus consultas y todo citas que tengo. ¿Sí?"*

Relacionado con este aspecto de la percepción de los usuarios está la opinión de los directivos de este Centro de Salud, quienes a la pregunta de cuales son los principales retos que tienen que enfrentar, la respuesta de uno de los directivos fue:

-*"cumplir con los tiempos que están establecidos para la calidad"*

En este mismo sentido, los prestadores de servicios, una mirada importante para el análisis, ya que ellos forman parte del personal que atienden a los usuarios, conciben la atención como uno de los principales aspectos a cumplir, así como lo expresa el prestador de servicios dos:

-*"La atención que se da aquí en el centro de salud es este… oportuna y eficaz"*

En cuanto al abordaje cuantitativo, el cuestionario aplicado buscó conocer la opinión de los usuarios en torno a la calidad de los servicios de salud. El ejercicio no pudo identificar la opinión por utilización de tipo de servicio. No obstante, el cuestionario reporta que el 55 por ciento de los usuarios califican como bueno el servicio médico al que asisten, 40 por ciento los califica de regular, 8 por ciento reportó no saber o no respondió y el 7 por ciento restante lo calificó de malo.

Según datos estatales, la cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años se ha mantenido en niveles altos, lo que se refleja en el descenso de los padecimientos prevenibles[28]. En Banderilla el 51 por ciento de los menores ha recibido la vacuna anti-influenza, un 69.1 por ciento ha reporta haber recibido la pentavalente y un 44.3 por ciento la de neumococo. Estos datos también reflejan la necesidad de que la cobertura y promoción de la vacunación se incrementen para llegar a la totalidad de la población que lo requiera.

En México, la cobertura del tratamiento para diabetes es inferior al 40 por ciento en la mayoría de las entidades federativas[11], en el caso de Banderilla, el 91.9 por ciento de las personas con diabetes reportan recibir algún tratamiento. En Banderilla, sin embargo, de las personas que reportaron padecer hipertensión arterial el 61.3 por ciento dijo recibir tratamiento, contra un 23.2 por ciento a nivel nacional[11].

Respecto a la productividad de los servicios de salud es muy heterogénea. El número de consultas diarias por consultorio es de casi 30 en el IMSS y de 16 en los SESA[11]. En el Centro de Salud Urbano Banderilla las consultas diarias son de casi 17 consultas.

9. PROPUESTAS

Dentro de las acciones de una unidad de primer nivel se encuentra de forma prioritaria los programas de atención integral a menores de 5 años, así como a enfermedades crónico degenerativos y recientemente programas de detección de alcoholismo y tabaquismo desde la adolescencia para su canalización para atención especializada como las clínicas de tabaquismo. Sin embargo, el aspecto de cambios de hábitos y costumbres es una tarea difícil de lograr al involucrar la personalidad y cultura propia de cada individuo.

Basándose en esto y en los resultados obtenidos en la encuesta, las recomendaciones, encaminadas al área de promoción de la salud, son las siguientes:
- Retomar dentro del programa de atención integral al menor de 5 años las acciones de capacitación en IRAs y EDAs, así como identificación de datos de alarma a responsables de los menores de 5 años.
- Incidir en campañas informativas sobre alcoholismo y tabaquismo, sobre todo a adolescentes.
- Insistir en programas para prevención y manejo de enfermedades crónicas, así como continuar con actividades como clubes de autoayuda que favorezcan el apego de los pacientes a sus tratamientos.
- Buscar nuevas técnicas para lograr un mejor impacto en la población sobre estos daños a la salud llegando a los actores sociales para lograr un cambio en estilos de vida en favor de su salud.
- Conocer la perspectiva de la población en cuanto al proceso salud-enfermedad con el fin de elaborar programas de intervención más efectivos y con mayor aceptación en los usuarios.

10. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

10.1 De los alumnos

La experiencia obtenida en la realización del diagnóstico de salud del Centro de Salud Banderilla, para los integrantes de este grupo de estudiantes, cuyos perfiles profesionales son tan variados, ha aportado un gran acervo de conocimientos y aprendizajes que van desde la aplicación de las teorías, conceptos y técnicas aprendidas en clase, hasta el hacer frente a las dificultades encontradas durante su desarrollo. Cada uno de los participantes, logró así cultivar nuevos conocimientos y metodologías de investigación de calidad.

Judith, con su experiencia dentro del sector salud, con su preparación médica, ayudó a identificar los principales aspectos relacionados con la estructura orgánica, la normatividad y a que los demás integrantes del equipo conocieran los programas que se llevan a cabo en la institución. El como funciona un Centro de Salud, no es del conocimiento de la sociedad, ni tampoco es obligación de cada uno de sus integrantes. Se acude a los servicios de salud cuando se siente la enfermedad. En este sentido, resultó una agradable experiencia el saberse orientados por los conocimientos de Judith. Al inicio de la elaboración del diagnóstico, Judith nos conducía con las personas claves para la obtención de la información. Fue de esta forma que se comenzaron a obtener los primeros resultados para la elaboración de los primeros reportes presentados en las plenarias.

Cristina, psicóloga de formación logró integrar al grupo y aproximarlo a los diferentes representantes de las áreas que conforman el centro de salud para obtener la información necesitada. Cristina, estuvo siempre al pendiente de las necesidades del grupo, de los requerimientos expresados en las guías elaboradas por la coordinación académica, de la presentación de los avances al personal de salud. De capacitar a los estudiantes en prácticas comunitarias de las facultades de Medicina y Nutrición. Además con su mente joven y conocimientos metodológicos, la estructuración del apartado metodológico fue más certera. Perceptiva, siempre al pendiente de los cambios, tiene entre sus apuntes las indicaciones del cuerpo académico. En las ocasiones en que fue necesario sumergirse en el amplio mundo bibliográfico, Cristina fue la vanguardia.

Norberto en cambio comunicador, ayudó en la obtención de la información documental en línea, en la elaboración de las presentaciones, en los aspectos técnicos de la realización de las entrevistas focalizadas. En el ir y venir con el equipo en busca de datos. Sabedor de la necesidad de fortalecer las competencias transversales de trabajo de equipo, de comunicación, de desarrollo grupal, él junto con el resto del equipo, unieron empatáis y simpatías amalgamándolas en un objetivo único, la elaboración del Diagnóstico de Salud Pública, que seguramente brindará conocimientos para futuras investigaciones especializadas en temas diversos relacionados con los problemas de salud de la población.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública. (serial en línea) 2008. (referido en 2008 feb 1); 1 (1): (1 página en pantalla) Disponible en URL: http://www.paho.org.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP.htm

2. Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México. Fondo de Cultura Económica. 1999.

3. Sánchez M. Elementos de salud pública. 3ª ed., D.F. (México) Méndez Editores. 2003. P. 1,9.

4. El Programa de ciudades Saludables: El Diagnóstico de salud [en línea]. España: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, [fecha de acceso 5 de febrero del 2008]. URL disponible en: http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/jornadas%202004/32_Ciudades%20saludables_%20diagnostico%20de%20salud.html

5. Ladrón de Guevara, E. Diagnóstico de Salud, [en línea]. México: Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2003. [fecha de acceso 14 de octubre de 2007]. URL disponible en: http://www.uv.mx/isp/diplomado/modulo_II/Sesi%C3%B3n%201/Componentes%20del%20Diagn%C3%B3stico%20de%20salud.pdf

6. Vega-Franco L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. México, D.F.: El Manual Moderno/Universidad Nacional Autónoma de México, 2000, 148 pp.

7. Diagnóstico de Preliminar de la Situación Salud en el Municipio de Bustamante. Cuerpo Académico de Desarrollo Social de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano. UANL [en línea] Nuevo León, México. [fecha de acceso 5 de febrero de 2008] URL disponible en: www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/2005/ee-09-2005/documentos/01.pdf

8. El informe sobre salud en el mundo 2007 –un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI- [en línea].Organización Mundial de la Salud, 2007. [fecha de acceso 5 de febrero de 2008]. URL disponible en: http://www.who.int/whr/2007/es/index.html

9. Godoy, E. Delimitación conceptual. (Capitulo 1) Simón M (Comp.) Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva. 1999.

10. Diagnóstico de Salud Pública de Sevilla 2006. Ayuntamiento de Sevilla [en línea] 2006 [fecha de acceso 5 de febrero de 2008] URL Disponible en: www.sevilla.org/.../noticias_2006/Mayo/10_05_2006a/1147260961023_diagnostico_de_salud_sevilla_-_def.pdf

11. Programa Nacional de Salud 2007-2012. [fecha de acceso 5 de febrero de 2008] URL Disponible en: http://www.salud.gob.mx/

12. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública.

13. Cortés H., Gutiérrez G., Santos G., Diagnóstico de Salud: El caso del
Centro de Salud Urbano Banderilla. [Reporte de prácticas de campo] Xalapa: Universidad Veracruzana; 2006.

14. González E. Diagnóstico de la salud en México. México: Editorial Trillas; 1988.

15. Google earth versión 4.2.0181.2634 (beta)

16. Calero L. Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. Rev. Cubana Endocrinología (Cuba) 2000;11(3):192-

17. Hernández G, Saldaña I. Guía Básica para desarrollo de investigaciones. Guía practica para su desarrollo desde una perspectiva cuantitativa. México: Universidad Veracruzana. 2002.

18. Ladrón de Guevara E. Diapositivas proporcionadas el10 de octubre de 2007. Módulo Salud pública I. Maestría de Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana.

19. Tapia R. El Manual de salud pública. 2ª. ed. México: Ínter sistemas; 2006.

20. Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra. Consejos de salud. [En línea] 2000. [Fecha de acceso el 29 de octubre de 2007] URL disponible en: http://www.cun.es/areadesalud/tu-salud/consejos-de-salud/fumador-pasivo/ .

21. Calero L. Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. Rev. Cubana Endocrinología (Cuba) 2000;11(3):192-3.

22. López F. Epidemiología enfermedades transmisibles y crónico degenerativas. México. Manual Moderno. 2003

23. Anguera, M. T. Metodología de la observación en las Ciencias, Humanas. Madrid. Editorial Cátedra. 1989.

24. Mella O. Naturaleza y orientaciones teórico – metodológicas de la investigación cualitativa. Cuba. 1998 [fecha de consulta 21 de enero de 2008]

25. Marco teórico diseños cualitativos. Tipos de diseños de investigación. Ministerio de salud [en línea] 2008 [fecha de acceso 4 de enero de 2008] URL Disponible en: http://www.ipap.sg.gba.gov.ar/ml_for/salud/dis-inst/10.doc

26.Strauss A., Corbin J. Bases de Investigación Cualitativa, Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia. 2002.

26. Sierra, R. Técnicas de investigación social. Teoría y Ejercicios. 14a. Edición. Editorial Paraninfo. España 2007

27. Hernández E., López L. Una aproximación al análisis

cualitativo. Enseñanza e Investigación en Psicología. Universidad Veracruzana. México, 1998.27.
28. Programa sectorial de salud. [Sitio en internet]. Disponible en: http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO/MENU_LOGOS/PROGRAMA%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.PDF
Consultado el 7 de enero de 2008.
29. Comisión Nacional contra las adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. [Sitio en internet]. Disponible en: http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/publin1/index/assoc/HASH0117.dir/doc.pdf . Consultado el 7 de enero de 2008.
30. Tapia-Conyer Roberto, Kuri-Morales Pablo, Hoy-Gutiérrez María Jesús. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud pública Méx. [periódico en la Internet]. 2001 Oct [citado 2008 Mar 04] ; 43(5): 478-484. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500012&lng=es&nrm=iso.
31. Velasco M, Duran L, Galindo N. Utilidad de un índice clínico para la detección de pacientes con intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus tipo 2. [Sitio en internet]. Disponible en: www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee-07-2007/documentos/trabajos_libres/106_velasco-contreras_y_col.(a).pdf Consultado el 5 de diciembre de 2007.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo pudo realizarse gracias al apoyo brindado por el personal del Centro de Salud Urbano Banderilla, a las facilidades otorgadas por el jefe de la Jurisdicción Dr. Jorge Emilio Vázquez y San Gabriel, a la directora de esta unidad Dra. Imelda Martínez Bueno, por permitir el acceso a la información y por su asesoría brindada a este equipo, a la Coordinación de Actividades de Campo de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana que a través de los estudiantes de medicina y nutrición de primeros semestres hicieron posible el desarrollo del trabajo de campo. A todos ellos un reconocimiento por su participación.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO MARABOTO

Alicia Irais Portillo Cancino
Issa María Ramírez González
Aurelio Rojas Rodríguez

Asesor interno: Mtro. Gustavo Adolfo Vargas Merino
Asesor externo: Ángel Luis Cortés Lagunes

1. 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 que la afectan, de los factores que la 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. Por esta razón, 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 como 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.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. Argumentación teórica

La práctica de la salud pública ha permitido evidenciar que la aplicación de técnicas sanitarias no es suficiente para dar solución a los problemas de salud y que además 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[1].

Cabe señalar que las estrategias en salud han estimulado un cambio en el papel que tiene el Estado y sus instituciones, traducido en una evolución del ejercicio 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 cooperación en la organización, decisión y beneficio de servicio [2].

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[3].

Algunos artículos referentes a la salud
A través de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en su reforma del artículo 4º (D.O.F., 28-01-92), en donde se comenta que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad nacional, esto manejándolo como un derecho de la población como es el caso de los centros de salud, los cuales deben brindar este servicio a la población[4].

También relacionado con los derechos de la población a la salud, encontramos la Ley General de Salud (D.O.F., 07-02-84; en su última modificación 14-06-91). Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud (D.O.F., 7-V-97). Titulo 3º; prestación de los servicios de salud. Capitulo 1., el Art. 23.- Se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. En su artículo 26 para la organización y la administración de los servicios de salud, se definen criterios de distribución de los usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como la universalización de cobertura[5].

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (D.O.F.,

14-05-86). En su capítulo 1 Art. 16 indica que la atención médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la secretaria determine.

Por su parte, el Reglamento Interior de la Secretaria de Salud (D.O.F. 6-VII-1967) en su Art 23: que corresponde a la dirección General de Regulación de los Servicios de Salud dice:

a) Propone las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de atención médica y asistencia social así como el establecimiento y desarrollo de los modelos de atención a la salud.
b) Define las normas, políticas y estrategias para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social, así como supervisar su cumplimiento.
c) Elabora y expide las normas oficiales mexicanas a que deberá sujetarse la prestación de los servicios de salud de las instituciones públicas, sociales y privadas, así como vigilar su cumplimiento[6].

La salud y la enfermedad
Cabe recordar que 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[7].

La mortalidad, uno de los componentes de la dinámica de la población es, al mismo tiempo, una medida esencial para evaluar el estado de salud de la población, de la cual, en los estudios de campo ya no se concibe sólo como la ausencia de la enfermedad, sino con el concepto más amplio que la define como un estado de bienestar físico, mental y social[8].

El diagnóstico de salud es el resultado de un estudio esencialmente epidemiológico, el cual se presenta como un documento cuyos datos científicamente analizados sirven para fundamentar las acciones para la prevención y control de las enfermedades y con ello mejorar los niveles de bienestar y utilidad social, individual y general de la población estudiada[9].

Los tipos de diagnósticos, según Mario Testa, son tres, administrativo, estratégico y el ideológico. El diagnóstico administrativo; su enfoque es satisfacer necesidades sentidas, con el propósito de evaluar eficiencia de los recursos para la salud. En epidemiología se utiliza para causas inmediatas a la enfermedad con variables de evaluación como insumos, proceso y resultados y variables de análisis tales como daños, servicios de salud, factores condicionantes.

En el diagnóstico estratégico el enfoque es identificar necesidades de cambio con el propósito de establecer diferencias estratos el uso de la epidemiología es identificar y medir riesgos con variables de evaluación de la calidad y variables de análisis como el proceso salud enfermedad, respuesta social organizada y marginación.

En tanto que el diagnóstico ideológico su enfoque es identificar procesos sociales con el propósito de buscar estabilidad social, utiliza la epidemiología para sustentar afirmaciones cualitativas y utiliza variables de evaluación como igualdad, equidad y variables de análisis como la problemática social de salud, reproducción social, desigualdad.

El enfoque de los diagnósticos en salud son el diagnóstico situacional: básicamente orientado a medir la eficiencia y analizar la productividad de los recursos para la salud; diagnóstico de salud: relación de los recursos para la salud y los daños y diagnóstico de necesidades: relación existente entre los daños a la salud, los servicios y los factores predisponentes o condicionantes[10].

Para la realización del diagnóstico de salud se requiere identificar el tipo de investigación, el cual se elige en función de los objetivos que se pretenden alcanzar, de los recursos que se disponen y del tipo específico del problema que se quiere abordar. Los criterios para clasificar la investigación se presentan en cuatro dicotomías y de la combinación de estas da cuenta de la estructura específica de cada estudio.

De acuerdo con el periodo en que se capta la información el estudio puede ser retrospectivo, retrospectivo parcial y prospectivo, el retrospectivo trata estudios cuya información se obtiene de trabajos anteriores, en el prospectivo el investigador obtendrá toda la información y el retrospectivo parcial, cuyo estudio cuenta con una parte de la información y el resto se obtiene a través de un proceso.

De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado existen proyectos transversales y longitudinales, los

longitudinales se miden en varias ocasiones, mientras que en los transversales se mide una sola vez la o las variables, por ello este trabajo se considera de tipo transversal.[11]

Por la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, los estudios pueden ser observacional o experimental, el observacional es aquel donde el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno y el experimental manipula directamente la variable.

2.2. Argumentación empírica

Se ha constatado que los Sistemas de Salud en Veracruz coadyuvan en la prevención y control de padecimientos, y sus acciones están dirigidos a toda la población, distribuidos en diferentes sectores tales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), los cuales abarcan un porcentaje mínimo de la población, el resto no cuenta con seguridad social, por lo tanto se considera población abierta y está asignada a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) como responsabilidad.

Estos sistemas tienen como objetivo central mejorar las condiciones de salud de su población, para lo cual se planean programas a nivel nacional y estatal que ayude a lograr dicho objetivo.

México, cuenta con un Plan Nacional de desarrollo 2007-2012, del cual propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Para cumplir tal compromiso, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social: mejorar las condiciones de salud de la población; brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país.

Para elaborar dicho plan, se realizó un diagnóstico de la situación nacional, donde el perfil epidemiológico arrojó que en la actualidad el país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas que obedecen a determinantes de naturaleza compleja que están asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos.

"La demora en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: incrementa, por un lado, el peso de la discapacidad en personas que viven más años, y, por el otro, hace aún mayor el costo de su tratamiento. Persiste un inaceptable círculo vicioso: pobreza- enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo cabal de los individuos"[12].

A nivel estatal Veracruz cuenta con el Programa Sectorial de Salud 2005-2010 cuya estrategia sectorial da prioridad a la atención preventiva, entendida, no sólo como el control de enfermedades prevenibles mediante vacunas y otros productos biológicos, sino también como prevención, por ello busca promover cambios de estilo de vida, comunidades saludables y municipios que puedan promoverse con un mejor nivel de salud, y para lograrlo realizó un perfil epidemiológico de los veracruzanos que incluye características geofísicas de la entidad, demográficas y políticas, entre otras, utilizando como indicadores la mortalidad, morbilidad y recursos disponibles[13].

En el ámbito local, el Centro de Salud Maraboto cuenta con un diagnóstico del año 2005.[3] cuyo objetivo fue conocer el estado de salud de la población de responsabilidad, tomando como indicadores la morbilidad y mortalidad.
Así como México, otros países latinoamericanos también han desarrollado diagnósticos de salud para proponer acciones específicas de mejoras, tal es el caso de Perú dónde se elaboró un diagnóstico que consistió en identificar lo que acontece con la salud de las familias en su domicilio y peridomicilio, y de tal manera comprender mejor sus necesidades para incorporarlas como requerimientos al plan de trabajo de la Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud [14].

En Bolivia se realizó una revisión de los antecedentes sobre la evolución y el estado actual de la atención a la salud de la mujer, así como el establecimiento y desarrollo de un programa relacionado a esto. Los principales hallazgos de la investigación buscaban contribuir a comprender y a mejorar la salud de la mujer boliviana[15].

En Panamá se realizó un diagnóstico con el objetivo de describir globalmente la situación del sistema de información en salud de aquel país, en el ámbito de sus capacidades potenciales, considerando: la estructura de los subsistemas que lo integran, algunos elementos de calidad de la información, la interrelación entre ellos, el nivel alcanzado en materia de desarrollo informático, las fortalezas y debilidades de las diferentes bases de datos y fuentes de información del sector salud, la disponibilidad de información socioeconómica y demográfica, y el uso de la información disponible en la gestión de salud del país [16].

Chile es otro país donde los diagnósticos de salud han colaborado para proponer acciones de mejora en las condiciones de salud de sus habitantes. Muestra de ello es el diagnóstico Situación de Salud Cuarta Región, Coquimbo, el cual comprende gran cantidad de factores: los determinantes de salud de la población, desde aquellos geográficos que influyen en el clima y productividad de la zona, como también, en forma muy importante, los sociales, demográficos y económicos[17].

En Europa también se han desarrollado diversos diagnósticos, por ejemplo en Sevilla España se hizo un diagnóstico de salud para conocer el estado de salud de la ciudad de Sevilla, y de sus ciudadanos, donde tomaron en cuenta las condiciones territoriales, demográficas y factores epidemiológicos[18].

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.1. Justificación

El diagnóstico de salud es el resultado de un estudio esencialmente epidemiológico, que se presenta como un documento cuyos datos científicamente analizados sirven para fundamentar las acciones para la prevención y control de las enfermedades y con ello mejorar los niveles de bienestar y utilidad social, individual y general de la población estudiada[19]. La utilidad del diagnóstico radica, entre otros, por la vigencia de sus datos, de ahí la importancia de contar con un diagnóstico actualizado en el Centro de Salud Urbano José Antonio Maraboto (Centro de Salud Maraboto) ya que el último se realizó en el 2005.

La salud es el resultado de muchos factores entre ellos, la vivienda, la alimentación, la educación, la seguridad social, los servicios de salud y sociales, los ingresos, el respeto de los derechos humanos, y el empleo. Con frecuencia estos factores determinantes conforman los valores de las personas, sus opciones de estilos de vida, sus capacidades para enfrentarse a los problemas y su comportamiento relacionado con la salud[20]. Si se dan a las personas las oportunidades, conocimientos y acceso a los servicios y recursos, ellas tienen la capacidad de "*producir su propia salud*" y la de sus familias, mediante sus acciones. La promoción de la salud va más allá de la atención a ésta. Muchos de los factores que la determinan quedan fuera del Sector Salud, y sus profesionales han de colaborar con otros sectores.

Es importante comprender las circunstancias en las que viven las personas y las opciones de salud que tienen a su alcance para mejorarla y reducir la enfermedad, las estrategias de promoción deben tratar los múltiples factores determinantes de ésta. El objetivo de la promoción en ésta área es crear una política pública idónea en la que los diferentes sectores integren las prioridades de salud en sus políticas y programas. De este modo capacitan a las personas para controlar su salud y hacer que "*las opciones de salud sean opciones fáciles*[21]".

Por tales razones es que en el Centro de Salud Maraboto surge la necesidad de realizar un diagnóstico para conocer el estado de salud que tiene su población de responsabilidad, ya que está unidad no cuenta con un diagnóstico actualizado que permita describir las condiciones de salud de las personas y los factores que la determinan, con el objetivo de que se apliquen los datos obtenidos en la toma de decisiones[a].

La innovación del presente diagnóstico consiste en recuperar a manera de complemento, la mirada de los actores, lo que piensan los usuarios del Centro de Salud Maraboto sobre la atención que reciben y cómo perciben los prestadores de servicio y directivos de la unidad la atención de calidad.

3.2. Escenario del diagnóstico

En el municipio de Xalapa se localiza la Jurisdicción Número V, con presencia en 33 municipios, la cual tiene a su cargo una población de 425,106 habitantes, de esta población 253,885 no tienen seguridad social, a su vez esta Jurisdicción Sanitaria está conformada por 86 Centros de Salud distribuidos estratégicamente. Cada uno tiene a su cargo un área de responsabilidad de brindarle servicios de salud.

---

[a] *El Centro de salud cuenta con un Diagnóstico elaborado en el año 2005, por alumnos de la maestría en Salud Pública generación 2005-2007, del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.*

La ciudad de Xalapa cuenta con siete Centros de Salud: Gastón Melo, Emiliano Zapata, Revolución, Miguel Alemán, Lerdo de Tejada, Arroyo Blanco y José Antonio Maraboto, así como tres hospitales que son: Centro de Especialidades Medicas (CEM) y Centro Estatal de Cancerología (CECAM) y Hospital Civil de SSA Luís F. Nachón.

El Centro de salud Maraboto cuenta con un área de responsabilidad de 54,348 habitantes que corresponden a 42 colonias y 33 AGEB´s. Para ofertar el servicio de consulta externa a la población, se cuenta con ocho núcleos básicos, los cuales se organizan de manera estratégica en la sede y tres externos dos en la unidad Fovissste y otro en la colonia de Molinos de San Roque.

3.3. Preguntas de Investigación

3.3.1. Cuantitativa

¿Cuáles son los daños a la salud y cuáles son sus factores de riesgo en la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto?

3.3.2. Cualitativa

¿Qué piensa el usuario sobre la calidad de la atención que le ofrece el Centro de Salud Maraboto? y ¿Cuál es la percepción del personal de salud y directivos respecto de la calidad de atención prestada al usuario?

4. OBJETIVOS

4.1. General

Evaluar los daños a la salud de la población, los factores de riesgo y explicitar las interpretaciones respecto de la calidad de atención, para proponer acciones específicas acorde con la situación identificada.

4.2. Específicos[b]

4.2.1. Cuantitativos

• Identificar los daños a la salud de las personas que residen en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto.

• Identificar los factores determinantes de los daños priorizados.

• Elaborar acciones específicas acorde a los problemas detectados.

5. METODOLOGÍA

Es una investigación de corte cualitativo y cuantitativo, ya que se integran los dos métodos, ambas perspectivas vistas como una posibilidad de ofrecer una visión más amplia a las preguntas formuladas en el problema de investigación[22].

5.1. Abordaje cuantitativo

5.1.1. Tipo de estudio y diseño

• Este diagnóstico es de tipo descriptivo porque identificó los daños a la salud de las personas que residen en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto y los factores de riesgo.
• Debido a que se hizo una sola medición en la población de estudio, éste es un trabajo de tipo transversal ya que la recolección de información se realizó en Diciembre del 2007.
• Es un estudio de tipo observacional ya que no controló o manipuló variable alguna[23].

5.1.2. Universo y muestra

El centro de Salud Maraboto tiene un área de responsabilidad de 54,348 habitantes[c] asentada en 42 colonias de Xalapa, sin embargo para este estudio se tomaron como unidad de análisis las viviendas ubicadas dentro de los AGEB´s (Área Geográfica Estadística Básica) correspondientes al programa de Vacunación.

Los AGEB´s son localizables por el personal del Centro de Salud, por manzanas, casas y número de habitantes, que en total son 30,843 personas. Por tal motivo para este estudio se tomarán como base para la muestra el total de la población de los AGEB's (Ver tabla 1).

---

[b] *La investigación cualitativa encuentra, por tanto los objetivos específicos, siendo una estrategia técnica para buscar o verificar evidencias construidas desde supuestos hipotéticos no aplican en este tipo de abordaje, pues el modelo de generación del conocimiento es fundamentalmente inductivo, de lo singular a lo general. Taylor/ Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de la investigación.*

[c] *Cifra total de habitantes del Centro de Salud Maraboto reportada por el Estudio de Regionalización Operativa de la Jurisdicción Sanitaria número 5 con sede en Xalapa.*

Tabla 1. Número de AGEB´s correspondientes al Programa de Vacunación del Centro del Centro de Salud Maraboto en el 2007

AGEB´s		Número de manzanas	Número de casas	Número de habitantes
1	111-A1	43	1059	2783
2	108-8	37	1568	4770
3	001-8	35	759	2433
4	112-4	38	1497	3484
6	002-2	37	1050	3535
7	033-8	42	1035	3304
8	124-7	37	592	1664
9	065-8	43	660	2379
10	093[a]	36	353	1850
11	925	20	891	1850
11 Bis	018-8	34	904	1491
12	173	25	355	1300

Fuente: Directa del Centro de Salud Maraboto

Población objetivo[d]; personas que residen en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto donde se realiza el diagnóstico de salud.

Población de muestreo; usuarios del Centro de Salud que habiten en los AGEB´s de responsabilidad con base en el Programa de Vacunación.

Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados bietápico [24,] donde la primer etapa consistió en seleccionar al azar cuatro AGEB´s de los once totales, los cuales son 093-A, 124-7, 111-A, 112-4.

La segunda etapa fue elegir en cada uno de los cuatro AGEB´s seleccionados, cuatro manzanas completas para la aplicación de la encuesta hasta completar las 213 viviendas, que es el tamaño de muestra seleccionado.

Obtención del número de muestra correspondiente:

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

Tabla 2. Definición de datos y valores para la obtención de la muestra del área de responsabilidad del Centro de salud Maraboto

Datos	valores
N= población total	N=30,843 casas
d= precisión o error	P= 0.5
Z= nivel de confianza	d= 0.07
P= prevalencia	z= 1.96
n= muestra	n=213

Fuente: Comunicación directa: Cecilia Cortés Salazar comunicación directa sesión de clase 18 de Septiembre 2008.

$$n = \frac{1.96^2 [.5(1-.5)]}{(.07)^2} \quad n = \frac{(3.8416)(.25)}{0.0045} = \frac{.9604}{.0045} = 213 \text{ casas}$$

La muestra fue de 213 casas, con una precisión de 7 por ciento.

A la muestra se le adicionó un 20 por ciento, por la tasa de no respuesta. n= 213 *0.2 = 256 viviendas

Criterios de inclusión: Familias que vivían en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto y que se ubiquen en alguno de los AGEB´s que tiene el Programa de Vacunación.

Criterios de exclusión: Que no se encuentren mayores de edad en la vivienda para contestar el cuestionario y casas deshabitadas o que no se encuentren en el momento de levantar la encuesta.

Criterios de eliminación: Familias que contesten mal el cuestionario por cualquier motivo.

5.1.3. Priorización de daños

5.1.3.1. Aspectos básicos

Priorizar los daños a la salud, significa establecer un orden de importancia de las diferentes patologías que afectan a una población, ya que el número de causas de enfermedad o muerte oscilan en más de 1000 causas diferentes e investigar y atender a todas ellas implicaría disponer de tiempo y recursos infinitos.

5.1.3.2. Criterios de priorización

Para la priorización de daños por mortalidad se utilizaron los siguientes criterios: magnitud, trascendencia y vulnerabilidad y para la priorización de daños por morbilidad se utilizó la magnitud y trascendencia.

[d] *Comunicación directa: Cecilia Cortés Salazar comunicación directa sesión de clase 18 de septiembre 2008.*

5.1.3.3. Proceso de priorización y resultados

Para la priorización por mortalidad se necesitó el número de defunciones de cada causa y la población a mitad del periodo para calcular las tasas específicas por causa y para calcular los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), se consignaron el número de defunciones por una causa en particular para cada grupo de edad, se obtuvo el punto medio del intervalo del grupo etáreo y el resultado se multiplicó por la esperanza de vida, que para Veracruz a la fecha del estudio fue de 73.5 años. Después se sumaron todos los años perdidos en todos los rangos y el número que se obtuvo indicó el número de años de vida potencialmente perdidos por esa patología.

Las tasas de mortalidad específica por causa se obtuvieron para cada grupo de edad de la población de interés. Para obtener la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) se multiplicó la tasa de mortalidad de cada grupo de edad de la población de referencia (Ciudad de Xalapa) por la población de ese grupo de edad de la población en estudio y se dividió entre 100,000, se consignó las muertes observadas por esa causa en cada grupo de edad y se consignó la sumatoria de las muertes esperadas y observadas, finalmente para obtener la REM se dividieron el total de las muertes observadas entre el total de las muertes esperadas.

Finalmente la priorización de mortalidad se obtuvo multiplicando el valor de la tasa de mortalidad con los años de vida potencialmente perdidos y la razón estandarizada de mortalidad por cada causa. El puntaje indicó la posición de prioridad. (Mayor puntaje mayor prioridad).

Para la priorización de morbilidad se multiplicó la trascendencia, que es la tasa de mortalidad por casa, por la magnitud que es la incidencia acumulada de casos (Anexo 1).

De acuerdo con la priorización de daños para mortalidad en el periodo de estudio del Centro de Salud Maraboto, se obtuvieron los siguientes daños: en primer lugar diabetes mellitus tipo 2, en segundo lugar infarto agudo del miocardio, y tercer lugar accidentes de tráfico de vehículos de motor.
Respecto a la morbilidad los daños priorizados fueron, infecciones respiratorias agudas, úlceras, gastritis y duodenitis.

5.1.4. Variables e indicadores para el análisis

5.1.4.1. Análisis cuantitativo

5.1.4.1.1. Demográficos

Las variables para el análisis demográfico son aquellas que nos dan las características demográficas de interés de nuestra población en estudio, tales como edad, sexo y crecimiento natural (ver tabla 3).

Tabla 3. Variables para el análisis demográfico del diagnóstico de salud del Centro de Salud Maraboto en el 2007

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de Medición	Indicador
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.		Edad proporcionada por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda.	Cuestionario		Discreta	Frecuencia absoluta y porcentaje de la población por grupos quinquenales de edad y sexo

Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.		Sexo declarado por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda.	Cuestionario		Nominal	Frecuencia absoluta de sexo.
			Hombre				Razón hombre mujer
			Mujer				Porcentaje de la población por sexo
Crecimiento natural	Diferencia que existe entre el número de nacimientos con el número de defunciones.		Diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad en diciembre del 2007.	Cuestionario	A la natalidad se resta la mortalidad y se multiplica por 100.		Tasa de crecimiento natural de diciembre del 2007.

Fuente: Glosario del Instituto Nacional de Geografía e Informática. Consulta en octubre del 2007 disponible en: http://www.inegi.gob.mx

5.1.4.1.2. Epidemiológicos

Este es un estudio epidemiológico descriptivo, por lo tanto se utiliza como variables de los daños a la salud a la mortalidad y morbilidad con los indicadores incidencia y prevalencia (ver tabla 4).

Tabla 4. Variables para el análisis epidemiológico del diagnóstico de salud del Centro de Salud Maraboto en el 2007

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción	Escala de Medición	Indicador
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.		Sexo declarado por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda.	Cuestionario		Nominal	Frecuencia absoluta de sexo.
			Hombre				Razón hombre mujer
			Mujer				Porcentaje de la población por sexo
Morbilidad		Infecciones respiratorias agudas (IRAS)	Casos nuevos acumulados de IRAS, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y que sean reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de IRAS entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumulada de IRAS en el último mes previo a la entrevista
Morbilidad		Enfermedades diarreicas agudas (EDAS)	Casos nuevos acumulados de EDAS, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda que sean reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de EDAS entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumula-da de EDAS en el último mes previo a la entrevista
Morbilidad		Infección de vías urinarias (IVU)	Casos nuevos acumulados de IVU, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de IVU entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumula-da de IVU en el último mes previo a la entrevista

Morbilidad		Hipertensión arterial (HTA)	Casos conocidos de hipertensión arterial en los habitantes de la vivienda que sean reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de HTA entre población en riesgo	Continua	Prevalencia de hipertensión arterial al momento de la entrevista.

Fuente: Glosario del Instituto Nacional de Geografía e Informática. Consulta en octubre del 2007 disponible en: http://www.inegi.gob.mx

Tabla 4. Continuación de variables para el análisis epidemiológico del diagnóstico de salud del Centro de Salud Maraboto en el 2007

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de Medición	Indicador
Mortalidad		Infarto agudo al miocardio	Defunciones atribuibles a infarto agudo al miocardio durante los últimos 7 años.	Cuestionario	Defunciones conocidas por infarto agudo al miocardio entre la población en riesgo	Continua	Tasa de mortalidad anual por infarto al miocardio. Tasa de mortalidad por infarto de miocardio anual por grupo de edad
Mortalidad		Hipertensión Arterial (HTA)	Defunciones conocidas por causas atribuibles a HTA en los últimos cinco años en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a HTA entre la población en riesgo Defunciones por HTA entre la población en riesgo Total de casos conocidos de HTA en los últimos 7 años	Continua	Tasa de mortalidad anual de HTA. Tasa de mortalidad por HTA anual por grupo de edad. Letalidad por HTA en los últimos 7 años.
Mortalidad		Accidentes de tráfico	Defunciones conocidas por causas atribuibles a accidentes de tráfico durante el último año y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a accidentes de tráfico entre población en riesgo	Continua	Tasa de Mortalidad anual por accidentes de tráfico. Tasa de Mortalidad por accidentes de tráfico anual por grupo de edad.

Fuente: Glosario del Instituto Nacional de Geografía e Informática. Consulta en octubre del 2007 disponible en: http://www.inegi.gob.mx

5.1.4.1.3. Daños priorizados

Tabla 5. Daños priorizados para el diagnóstico de salud del Centro de Salud Maraboto en el 2007

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de Medición	Indicador
Morbilidad	Permiten conocer de qué enferman o padecen los habitantes de una región.	Magnitud	Número de casos nuevos entre la población en riesgo.	Sistemas de Información oficiales			Incidencia acumulada
		Trascendencia Magnitud	Número de defunciones por causa entre población en riesgo. Número de defunciones por causa específica para cada grupo de edad entre la población total del grupo etáreo del periodo correspondiente.	Sistemas de Información oficiales Sistemas de Información oficiales			Tasa de mortalidad por causa específica. Tasa de mortalidad por causa específica
Mortalidad	Desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo.	Trascendencia	Sumatoria de los años que los individuos dejan de vivir, según la esperanza de vida para un período en particular	Sistemas de Información oficiales	Años de vida potencialmente perdidos		.
		Vulnerabilidad	Comparación de las defunciones observadas en una población determinada para una causa específica, con respecto a las que se podrían esperar si se aplicaran tasas específicas de mortalidad de una población diferente.	Sistemas de Información oficiales	Razón estandarizada de mortalidad.		

Fuente: Comunicación directa, Dr. Elsa Ladrón de Guevara clase de epidemiología 2007.

5.1.4.1.4. Factores de riesgo para los daños priorizados

Para la definición de las variables de los factores de riesgo para los daños priorizados, primero se identificaron los factores para cada daño y se analizaron las formas en cómo podrían ser medidos sus factores de riesgo (Anexo 2, Tabla 6).

• Índice de calidad de la vivienda, determina si la misma se considera factor de riesgo o no para las infecciones respiratorias agudas. Con base a los atributos referentes a los materiales, espacios y servicios básicos.
Factores de riesgo para morbilidad (Anexo 3):

• Diabetes mellitus tipo 2; los factores de riesgo para este padecimiento es la edad, sexo, tabaquismo, alcoholismo y

alimentación no saludable.
• Infecciones respiratorias agudas; los factores de riesgo para este padecimiento son: edad, peso al nacer, lactancia materna y esquema de vacunación.

• Enfermedades diarreicas agudas; los factores de riesgo es la adherencia al tratamiento, edad, sexo, antecedentes heredofamiliares, tabaquismo y sedentarismo.

• Infección en vías urinarias; factores de riesgo son: presencia de alguna inmunosupresión, alimentación inadecuada, higiene inadecuada y prácticas sexuales inadecuada.

• Hipertensión arterial; factores de riesgo son: la no adherencia al tratamiento, edad, sexo, antecedentes heredo familiares, tabaquismo, sedentarismo, hábitos inadecuados alimentarios e hipercolesterolemia.

Factores de riesgo para mortalidad (Anexo 3):

• Diabetes mellitus tipo 2; los factores de riesgo para este padecimiento es la edad, sexo, tabaquismo, alcoholismo y alimentación no saludable.

• Infarto agudo al miocardio; factores de riesgo biológicos son la edad, sexo, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y factores socioculturales sedentarismo, tabaquismo y obesidad.

• Accidentes de tráfico de vehículos de motor; sus factores de riesgo son la edad, sexo, no ponerse el cinturón de seguridad, exceso de velocidad, uso de casco.

• Cirrosis; factores de riesgo son la desnutrición, obesidad, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, dieta inadecuada y falta de actividad física.

• Alcoholismo; factores de riesgo son los antecedentes familiares, edad, sexo, ingestión de bebidas alcohólicas.

5.1.4.1.5. Recursos, servicios y programas de salud

Tabla 6. Variables de análisis para recursos, servicios y programas de salud el diagnóstico de salud del Centro de Salud Maraboto en el 2007

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Utilización de servicios de salud	Instituciones de servicios de salud que usa con mayor frecuencia la familia	Las instituciones de salud que el informante declara utilizan con mayor frecuencia los miembros de la familia: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social y Salud de los Trabajadores del Estado, Petróleos, Secretaría de Defensa Nacional, Secretaría de Marina , Secretaría de Salud de Veracruz, privadas, tradicionales y otras.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de familias según utilización de los servicios por institución

Fuente: Instituciones de Salud del Estado de Veracruz

5.1.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

5.1.5.1. Mecanismos y técnicas empleadas para la recolección de la información

Para recolección de datos para conocer los factores de riesgo de los daños priorizados en la población de estudio se aplicó una encuesta casa por casa de la muestra seleccionada.

Técnica empleada

La encuesta. Está técnica recoge información de una porción de la población de interés, dependiendo el tamaño de la muestra en el propósito del estudio. En una encuesta bona fide[e], la muestra no es seleccionada caprichosamente o sólo de personas que se ofrecen como voluntarios para participar. La muestra es seleccionada científicamente de

manera que cada persona en la población tenga una oportunidad medible de ser seleccionada. De esta manera los resultados pueden ser proyectados con seguridad de la muestra a la población mayor. La información es recogida usando procedimientos estandarizados de manera que a cada individuo se le hacen las mismas preguntas en más o menos la misma manera. La intención de la encuesta no es describir los individuos particulares quienes, por azar, son parte de la muestra sino obtener un perfil compuesto de la población.

5.1.5.2. Instrumentos utilizados en la recolección de la información

Para obtener información sobre los factores de riesgo para los daños priorizados en morbilidad y mortalidad, así como las características demográficas de la población en estudio, se construyó un cuestionario que consta de 151 preguntas, las cuales son contestadas por un miembro de cada vivienda e indaga sobre todos los miembros de su vivienda (Anexo 4).

El cuestionario está dividido en los siguientes apartados:

- Identificación.
- Características demográficas.
- Actividad económica, escolaridad, tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Actividad física y obesidad.
- Defunciones.
- Características de la vivienda.
- Menores de 5 años.
- Responsable de menores de 5 años.
- Mayores de 60 años.
- Diabetes.
- Hipertensión Arterial.
- Infarto Agudo al Miocardio.
- Cirrosis.
- Infecciones de Vías Urinarias.
- Accidentados.
- Conductores.

5.1.5.3. Validación de los instrumentos

Cuantitativo

Para la validación del cuestionario se realizaron dos revisiones previas con los expertos, donde se detectaron una serie de errores, como en la redacción de las preguntas y la falta de respuestas posibles para cada pregunta, dichos errores fueron corregidos previos a la prueba piloto.

En la tercera y última revisión se realizó después de la aplicación de la prueba piloto que se llevo a cabo del siete al once de diciembre del 2007 en el área de responsabilidad del Centro de Salud Arroyo Blanco donde se detectaron todavía algunas fallas, como el registro de los miembros de la familia, respuestas no correspondientes a las preguntas, salto de secciones no congruentes, por lo que se procedió a hacer las correcciones.

Asimismo, durante la aplicación del cuestionario en la prueba piloto se obtuvieron los tiempos de aplicación que en promedio fue de 25 minutos por cuestionario.

5.1.5.4. Resultados de la prueba piloto

Cuantitativo

Generalmente hay que realizar un estudio piloto, previo a la investigación, que es una prueba mediante la cual todo el proceso de captación es validado en un grupo pequeño de unidades, a fin de determinar su validez, fallas y eficacia[25].

Una vez que se integro el instrumento y posterior a haber pasado a proceso de validación por grupos de expertos y los alumnos de la maestría hasta en tres ocasiones, se afinaron los ítems. Hasta ese momento, el instrumento ya estaba listo para ser probado y sometido a la prueba piloto para conocer la factibilidad y validez de su empleo y ejecución, este instrumento se aplicó en el Centro de Salud de Arroyo Blanco con una muestra de doce cuestionarios aplicados casa por casa a actores sociales que tenían características similares a la población de la muestra, puesto que es un centro de salud similar al Centro de Salud Maraboto en el cual se llevará acabo nuestra investigación final.

[e] *Comunicación directa: Elsa Ladrón de Guevara, comunicación directa sesión de clases 10 de octubre del 2007.*

5.1.6. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

5.1.6.1. Procedimientos empleados para el procesamientos de la información

Cuantitativo
La captura de la información se hizo dentro de una base de datos diseñada con ayuda del programa de Microsoft Excel XP; posteriormente se exportaron los datos al programa estadístico SPSS 15.0 versión para Windows XP. La captura se realizó mediante codificaciones, las preguntas abiertas necesitaron categorizarse como por ejemplo cigarros al día que se fuma una habitante de la vivienda, asimismo se agruparon características de la gente con un nuevo código y las frecuencias de algunas preguntas se concentraron en una sola variable.

Después de tener la base de datos se elaboraron tablas de contingencia con frecuencias absolutas y relativas.

5.1.6.2. Indicadores utilizados para la descripción

Para el análisis de la información se utilizaron además de frecuencias y porcentajes, los siguientes indicadores:
Incidencia acumulada: Casos nuevos de enfermedad acumulados en diciembre del 2007, dividido por la población en riesgo.
Prevalencia: Casos existentes de enfermedad en diciembre del 2007, dividido por la población en riesgo.

5.1.6.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Se realizó una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15, el cual nos permitió hacer el procesamiento y fusión de los mismos para crear una información coherente la cual nos sirve para realizar cuadros de salida, los cuales nos permitieron tener una visión de la situación real de la población muestra de cómo está en el momento que se solicito la información.

5.2. Abordaje Cualitativo

5.2.1. Tipo de estudio

• La postura del diagnóstico es de tipo interpretativo, ya que recuperó la información que nos brindaron los usuarios, los prestadores de servicio y los directivos, convertido en texto.
• Por su profundidad es de tipo descriptivo, ya que se recogieron datos tales como, las palabras y conductas de las personas sometidas a la investigación.
• Es inductiva, por que se desarrollaron conceptos y subconceptos a priori [26].

Diseño inicial
Está investigación cualitativa buscó tener representadas en el estudio determinadas relaciones sociales; aquellas que en cada caso se hayan considerado pertinentes a priori [27].

• Evento realizado; entrevista focalizada.
• Eventos programados; Siete, dos con directivos, dos con prestadores de servicio y tres con usuarios de Centro de Salud Maraboto.
• Sitio de realización de los eventos; El cubículo de la subdirectora de la Jurisdicción Sanitaria Número V, un consultorio médico, un consultorio nutricional y la dirección del Centro de Salud Maraboto.
• Participantes; directivo de la Jurisdicción Sanitaria, directivo del Centro de Salud Maraboto, coordinadora de servicio, responsable del área de servicio y tres usuarios.

5.2.2. Universo y muestra

Para conocer lo que piensan los usuarios del Centro de Salud sobre la calidad de atención que reciben y que perciben los prestadores de servicio y directivos de la unidad con respecto al mismo tema, se utilizó el siguiente diseño metodológico[28].

Los tipos sociales[f] participantes fueron directivos, prestadores de servicio y usuarios; los que fueron escuchados se convirtieron en variables discursivas, tales como directivos del Centro de salud, directivos de la Jurisdicción Sanitaria, coordinadora de servicio, responsable de área y usuarios del Centro de salud motivo del diagnóstico, por cada tipo social se realizaron al menos dos entrevistas focalizadas por cada una de las variables (Ver tabla 7) [29].

Tabla 7. Tipos sociales y variables discursivas para el análisis cualitativo

Tipos sociales	Variable discursiva
Directivos	Directivo 1, Directivo 2
prestadores de servicio	Prestador 1, Prestador 2
Usuarios	Usuarios 1, Usurario 2, Usuario 3

Fuente: Construcción grupal a efectos de explicitar el diseño.

[f] *Tipos sociales, hacen referencia a los individuos con atributos o cualidades en un grupo. Canales M. Peinado A. Grupos de discusión. En Delgado JM, Gutiérrez Juan. Editores. Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicológica. 1994.*

El sitio donde se desarrollaron las entrevistas fueron adecuadas, ya que contaban con el espacio, la ventilación y la privacidad necesarias para poder realizar las entrevistas sin ninguna intromisión, para los directivos fueron dos sitios diferentes; una fue realizada en la dirección del centro de salud y la otra en la jurisdicción. En el caso de los prestadores de servicios el sitio de realización fue un consultorio que no estaba siendo utilizado. En un consultorio destinado para consulta externa y que es usado ocasionalmente se realizaron las entrevistas a usuarios.

El muestreo elegido para este diseño se basó en los principios del muestreo teórico[g].

5.2.3. Definición de variables

El concepto y los subconceptos fueron diseñados a priori, el subconcepto de norma fue creado como emergente, dentro del concepto de retos para los directivos.

Los análisis en la investigación cualitativa comienzan con el conocimiento íntimo de los datos. Se deben leer todas las transcripciones, documentos y otros datos. Identificar las principales etapas, los principales acontecimientos y las principales experiencias [30].

5.2.3.1. Conceptos y subconceptos

Los conceptos son ideas abstractas generalizadas a partir de hechos empíricos. El desarrollo de los conceptos es un proceso intuitivo[31].

Para los directivos el concepto es retos y los subconceptos son normas, modelos de atención, infraestructura, reconocimiento y estrategias.

Para los prestadores de servicio se manejó el concepto de calidad de atención con los siguientes subconceptos; satisfacción del personal, información al paciente, capacidades, recursos humanos, actitudes, calidez, vinculación social y eficacia.

Para los usuarios el concepto fue pensamiento y los subconceptos; percepción, tiempo, atención, eficiencia, calidad, infraestructura, confianza y puntualidad (Anexo 5).

5.2.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

5.2.4.1. Mecanismos y técnicas empleadas para la recolección de la información

Se denota que existe la necesidad de encontrar una fuente que nos aporte datos necesarios y suficientes para poder hacer un análisis del contenido de estos, se toma a bien realizar procesos de negociación para poder acceder a los lugares específicos en donde se encuentran los actores sociales para poder obtener información a través de la aplicación de algún método generador de información.

Se toma a bien tener que realizar a una actividad denominada entrevista focalizada de ciertos actores sociales los cuales están colocados de manera estratégica en el componente social y que ya interactúan entre sí, a demás de que estos actores están incrustados a un engranaje laboral sistemático, para poder llegar a estar ante ellos fue necesario solicitar apoyo de las autoridades de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) específicamente, además de la autoridad local del Centro de Salud José Antonio Maraboto, así mismo a la Jurisdicción Sanitaria Número V-Xalapa, solicitando facilidades y apoyo, esto se gestionó a través de oficios dirigidos a las autoridades locales de esos centros de trabajo, así mismo se realizó lo propio para la Jurisdicción Sanitaria Número V-Xalapa.

Estos oficios estuvieron dirigidos y entregados en sus destinos correspondientes. La parte coordinadora del Instituto de Salud Pública por una parte y la dirección del Centro de Salud José Antonio Maraboto y las oficinas centrales de la Jurisdicción Sanitaria Número V de Xalapa. Una vez que se obtuvieron los permiso, apoyos y espacios, se solicito a los prestadores, usuarios que participaran en el proceso de generación de la información mediante la ejecución directa de las técnicas empleadas como lo es la aplicación de los niveles de profundidad: entrevista individual focalizada, la entrevista grupal focalizada, la presentación de guías de tema, una vez que se tuvieron las entrevistas tanto de usuarios, prestadores de servicios así como de autoridades, se procedió a realizar la trascripción de las mismas (primer nivel de profundidad: Reproducción fiel), utilizando un recurso conocido con dragón dictador, en algunas ocasiones se utilizo y en otras se procedió a realizar la trascripción de manera tradicional[32].

[g] *El muestreo teórico no responde a criterios estadísticos sino estructurales. El investigador tiene abierta la posibilidad de añadir casos o informantes de acuerdo a los requerimientos de información y según los nuevos objetivos que surgen durante el proceso. Rolando Sánchez Serrano. La observación participante. En Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Colegio de México. Porrúa 2001.*

Una vez que se logro tener la trascripción fiel de las entrevistas, se sometieron a un proceso conocido como codificación (segundo nivel de profundidad) que consiste en categorizar los segmentos de la trascripción identificando los grandes temas y sub-temas abordados se recomienda con anterioridad realizar una lista de códigos con sus respectivas definiciones (mapeo), el resultado de será el mapa de códigos, el cual constituye un entramado de categorizaciones de las diferentes secciones del discurso, y lo cual es esencial para denotar en qué sentido actuaron nuestros personajes participantes en base a las preguntas detonadoras que previamente se habían elaborado para este fin, una vez que se realiza este procedimiento, que es necesario para efectuar la siguiente etapa del proceso de la información, se procesan estos resultados a través de la elaboración de un espectro del discurso (tercer nivel de profundidad) este nivel se orienta a la interpretación/ compresión se realiza a partir de la subjetividad adquirida por los equipos de investigadores, en el cual se denota el pensar, la percepción y los retos para generar calidad en la atención en los servicios de salud en base a los conocimientos, las creencias, otras expectativas, otras versiones contextuales y otros motivos haciendo referencia a anécdotas, historias orales y evidencias obtenidas etc. Es necesario mencionar la participación espontánea y entusiasta de las personas que desempeñaron un papel esencial en la generación de la información.

Técnicas utilizadas:

• Entrevista focalizada

La entrevista es un tipo de interacción que tiene formas variadas en su interior[33]. En la entrevista focalizada su preparación y realización requiere una gran experiencia, habilidad y tacto ya que el entrevistador tiene una lista de cuestiones a investigar derivadas del problema general que quiere estudiar. Está Surgió posterior a estudios una experiencia investigadora de años, dedicados al estudios psicológicos y sociales de la comunicación de masas, esta difiere de otros tipos de entrevistas de investigación que podrían ser similares superficialmente, se alude a la posición ventajosa a la hora de obtener más detalle que tiene el entrevistador cuando ha analizado, previamente la situación objeto de la entrevista, se ha fijado, precisamente, en esta diferencia al destacar la especificidad de la entrevista focalizada en el conjunto de las entrevistas cualitativas.

Para complementar y obtener otros datos tales como la comunicación no verbal y entusiasmo de los participantes, se utilizó una guía de observación se utilizó para los tres casos. Realizando registros de manera estructurada como lo indica la guía de observación. La observación participativa, no es utilizada en la investigación cualitativa (Anexo 6) [34].

5.2.4.2. Instrumentos utilizados para la recolección de la información

Para recolectar la información de los usuarios, prestadores de servicio y directivos se realizarán entrevistas focalizadas de los prestadores de servicio y directivos, un grupo focal de usuarios y la observación para los tres casos, para ello se siguieron dos guías una de temas y otra de observación.

La guía de temas para la entrevista focalizada y el grupo focal contiene lo siguiente:
• Presentación.
• Datos de identificación.
• Una pregunta detonante (Ver Anexo 7).

La guía de observación contiene:
• Datos de identificación.
• Fecha.
• Duración.
• Conducta no verbal.
• Nivel de entusiasmo.
• Colaboración.
• Problemas para su realización.
• Responsable de la entrevista.
• Nombre del observador.

La negociación de acceso para la prueba piloto se hizo con los directivos de la unidad de Arroyo Blanco directamente, por medio de un documento que proporcionaron las autoridades educativas del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

5.2.4.2.1. Validación de los instrumentos

Para los instrumentos con los que se recolectó la percepción de los prestadores de servicio y directivos, así como el pensamiento de los usuarios con respecto a la atención, se realizó de igual manera la validación con los expertos en la realidad[35], es decir con la gente que está en el Centro de Salud y usuarios. Obteniéndose información directa a través de entrevistas localizadas que consistieron en aplicación de un instrumento basado en la guía de tema, en la cual estaba dirigido un tema diferente para cada uno de los actores sociales tales como usuarios de servicios de salud, prestador de servicios y directivos, gracias al apoyo de una cinta magnética

de un casette gravable, y a una radio grabadora, (un grabador permite al entrevistador captar mucho más que si reposara únicamente en su memoria, Taylor/ Bogdan) se pudo registrar la información aportada por actor social entrevistado en tiempo real, esta información posteriormente se transcribió de manera fiel, para que más adelante se realice su codificación para tener un mapa del documento, además se otorgó un código de referencia para cada concepto y sub-concepto aquí tratado, lo que nos sirvió para realizar nuestra técnica que se conoce como espectro del discurso la cual permite realizar una discusión y una reflexión para obtener un análisis cualitativo basado en el conocimiento, las creencias, otras expectativas, otras visiones contextuales y otros motivos[36].

5.2.4.2.2. Resultados de la prueba piloto

Los datos arrojados en la prueba piloto para conocer lo que piensan los usuarios del Centro de salud sobre la atención del servicio, así como la percepción de los directivos y prestadores de servicio del Centro de Salud son los siguientes:

Si se logró que la pregunta detonante hiciera que el entrevistado expresara sus pensamientos sobre el tema de nuestro interés, por ejemplo:
"Pero tengo la cita a las cuatro pues si pero ni modo, llega las seis, pues que todavía no , hasta que le toque su turno, bueno no queda otra más que esperar la cita, ya que para a la mera hora pase uno no pues que no. Ya que para a la mera hora pase uno y pues que, ya solo unas cuantas palabras y ya".

En conclusión la prueba piloto permitió conocer que las preguntas planteadas de las entrevistas realizadas para la investigación cualitativa son factibles para la realización del diagnóstico de salud y que los instrumentos miden y permiten analizar los daños que necesitamos medir en nuestra población a estudiar.

5.2.5. Técnicas y procesamientos para el procesamiento y análisis de la información

5.2.5.1. Procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Para el aspecto cualitativo se buscó conocer lo que los usuarios piensan de la atención que reciben en el Centro de Salud se realizó la siguiente transcripción:

Validación: La información se validó al escuchar la cinta en repetidas ocasiones y confrontarla con la trascripción.
Depuración: La depuración se realizó a través de leer en varias ocasiones la trascripción, con la finalidad de detectar información que fue inducida, la cual se retira para evitar la posibilidad de sesgo alguno.

Codificación: La codificación se realiza antes de iniciar la entrevista otorgándole un código a cada actor del centro de salud, utilizamos el código pnemónico, es decir un código a cada persona entrevistada, ejemplo: director D-1, al prestador de servicios PS1, PS2, y a los usuarios U1,U2,U3,U4 Y U5.

5.2.5.2. Indicadores utilizados para la descripción

Para el análisis cualitativo se utilizan los siguientes indicadores:

Generalidad; son los subconceptos que se identifican por todos los informantes.

Variabilidad; subconceptos que fueron encontrados en algunos de los informantes pero no en todos.

Casos extremos; cuando los subconceptos no fueron explicitados en ninguno de los informantes o cuando se trataba de tres o más variables discursivas apareció en una sola de las variables discursivas.

5.2.5.3. Técnicas utilizadas para el análisis

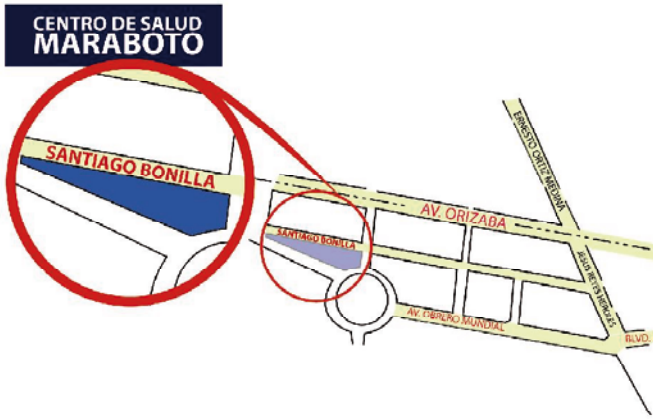
La recolección y el análisis de los datos van de la mano. A lo largo de las entrevistas focalizadas, se hace la investigación analizando las entrevistas que se aplicaron a los directivos, prestadores de servicio y los usuarios espectro del discurso[37].

6. RESULTADOS

6.1. Localización geográfica de la zona

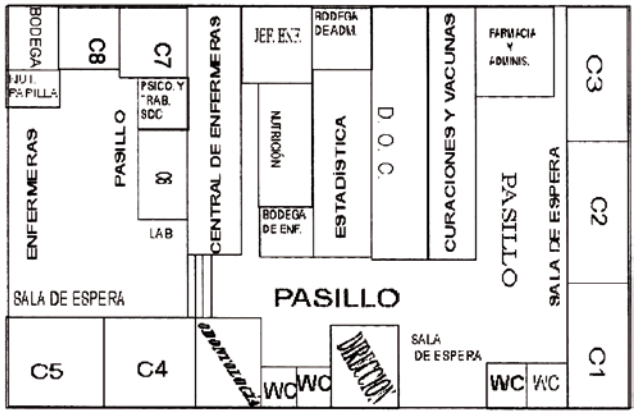
El Centro de Salud Urbano Dr. José Antonio Maraboto Carreón, se encuentra al norte de la ciudad de Xalapa, entre las calles Santiago Bonilla y Crisóforo Cortez, número 85 CP. 91020, colonia Obrero Campesina.

Figura 1. Ubicación geográfica del Centro de Salud Maraboto



Fuente: Planos del Centro de Salud Maraboto

Figura 2. Croquis de la distribución física del Centro de Salud Maraboto



Fuente: Directa del Centro de Salud Maraboto

Actualmente el Centro de salud tiene una población de responsabilidad de 54,348 habitantes[h].

Las colonias del área de influencia son Pocitos, Fovissste, Luz Del Barrio, Lomas De Chapultepec, Unidad y Trabajo, Loma Bonita, 24 De Abril, Ferrer Guardia, Obrero Campesina, Progreso Antes De Chilpancingo, Rafael Lucio Antes De Félix Z Licona, Unidad Del Bosque, Prolongación Villa Hermosa, Magisterial, Hdez. Ochoa, Virginia Cordero, Murillo Vidal y Ampliación, 10 De Abril, 18 Y 21 De Marzo, Aguacatal, Luís Donaldo Colosio, 9 De Abril, Miradores De San Roque, Gutiérrez Barrios, Veracruz, Jaramillo, Altamira, Diamante, Colinas De Xalapa, Lomas

De San Roque, Lomas Del Seminario, Framboyanes, Manantiales, Solidaridad, Nahuin Olli, Niños Héroes, Insurgentes, Victimas 16 De Sept., Guadalupe Victoria, Renacimiento Amp. y Nuevo renacimiento.

6.2. Características físicas del Centro de Salud Maraboto

El inmueble es un edificio de una sola planta con un área construida de 1,838m^2, con piso de cemento cubierto con loseta, las paredes de mampostería, con techo de loza.

6.3. Características del personal de salud

El Centro de Salud cuenta con un director, cargo que ocupa el Dr. Ángel Luís Cortes Lagunés, una administradora, tres auxiliares administrativos, dos analistas, 19 médicos generales, una jefa de enfermeras, una jefa de servicios, cuatro cirujanos dentistas, una psicóloga, una trabajadora social y cinco enfermeras pasante, cuyos horarios son los siguientes:

Turno matutino 9:00-15:00, 07:00-14:30,07:30-15:00 y 08:00-15:30.
Turno vespertino 14:00-21:00 y 15:00-21:00 (Anexo 8)

6.4. Servicios que se ofrecen en el Centro de Salud Maraboto

- Servicio de consulta externa.
- Consulta odontológica, turno matutino.
- Consulta psicológica, turno matutino.
- Consulta nutricional, turno matutino.
- Servicio de farmacia, turno matutino y vespertino.
- Trabajo social (Promoción de la salud).
- Servicio de enfermería, inmunizaciones, turno matutino y vespertino.

6.5. Resultados

6.5.1. Derivados del análisis cuantitativo

6.5.1.1. Características sociodemográficas

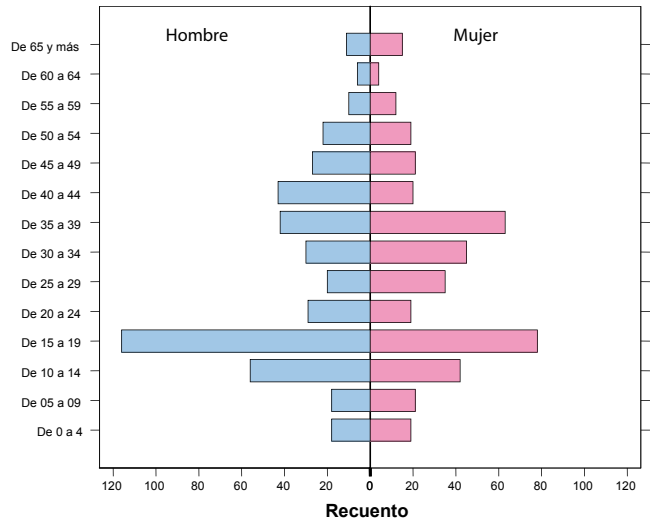
A partir de los datos que se obtuvieron de la muestra, podemos clasificar a la población de acuerdo con distintas características, tales como sexo, edad, lugar donde fue encuestada, nivel educativo, ocupación, etc.

[h] *Los 54,348 habitantes son las cifras que maneja la Jurisdicción Sanitaria Número 5, sin embargo la población real no se conoce, de acuerdo con datos no oficiales que tiene personal de enfermería del Centro de Salud Maraboto sobrepasa los 70,000 habitantes.*

Y analizar cómo se distribuye la población según estas características.

La clasificación de la población es muy importante debido a las diferentes funciones o roles que cumplen los hombres y las mujeres en la sociedad, en razón de factores biológicos, culturales, sociales y económicos.

Figura 3. Pirámide de población del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007

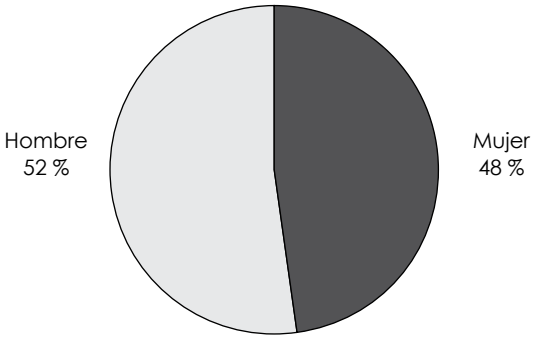


Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

La pirámide de población del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto, como se puede observar en la figura 3, muestra una forma de bulbo[i] cuyo porcentaje mayor de población se presenta en los jóvenes de 15 a 19 años con más del 22 por ciento, mientras que los menores de 5 años representan tan sólo 4.3 por ciento, lo cual indica que la mayoría de los habitantes se encuentra en edad productiva y que otra parte de la población tiende a incrementar su longevidad y en consecuencia a incrementar los padecimientos crónico degenerativos.

Los indicadores demográficos de diciembre del 2007 en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto son los siguientes: 48 por ciento son mujeres y 52 por ciento hombres, esto da una razón de 1.08, que significa que por cada 10.8 hombres viven 10 mujeres (Ver figura 4).

Figura 4. Porcentaje de hombres y mujeres del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

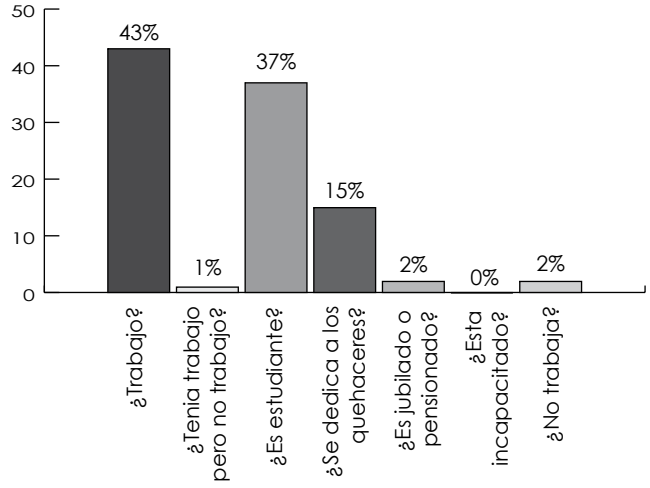
En diciembre del 2007 la tasa bruta de mortalidad en la población de estudio fue de 1.16, que significa que falleció una persona por cada 1000 habitantes.

La tasa bruta de natalidad calculada fue 5.80, es decir que nacieron casi 6 niños por cada 1000 habitantes. La tasa de crecimiento natural fue de 4.6, lo que representa casi cinco nacimientos por cada defunción. Finalmente la tasa de fecundidad general fue de 17.7, es decir que hubo casi 18 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil.

En cuanto a la población económicamente activa ocupada, económicamente activa desocupada y población inactiva que se presenta en el área de responsabilidad del lugar de estudio, 42.0 por ciento reportó trabajar, 37.1 por ciento ser estudiante, 14.9 por ciento, dedicarse a los quehaceres del hogar, 2 por ciento recibe alguna pensión, 2 por ciento no trabaja ni busca trabajo, 1 por ciento tenía trabajo pero no trabajo y cero por ciento está incapacitado para trabajar. Lo anterior indica que la mayor parte de la población es económicamente activa ocupada y activa desocupada (ver figura 5).

[i] *Comunicación directa: Doctor Jaime Morales. Comunicación directa sesión de clase septiembre 2007. Las pirámides de bulbo también son conocidas como pirámides regresivas y se caracterizan por tener una base estrecha que disminuye lentamente hacia su vértice, mostrando un proceso de envejecimiento de la población.*

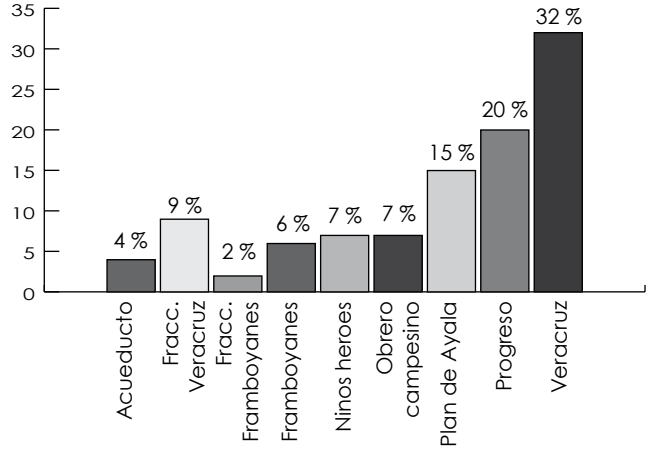
Figura 5. Porcentaje de la actividad económica que presenta la población ≥12 años del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

La mayoría de las personas encuestadas se ubican en la colonia Veracruz con el 32 por ciento de cuestionarios aplicados, posteriormente siguió la colonia Progreso y Plan de Ayala con el 20 y 15 por ciento respectivamente, por el contrario los lugares con menos población participante en este estudio fueron los fraccionamientos Framboyanes con el 2 por ciento y Acueducto con 4 por ciento. Esta distribución se debe tanto a los criterios de inclusión como de exclusión y eliminación, así como por el tipo de muestreo aplicado (Ver figura 6).

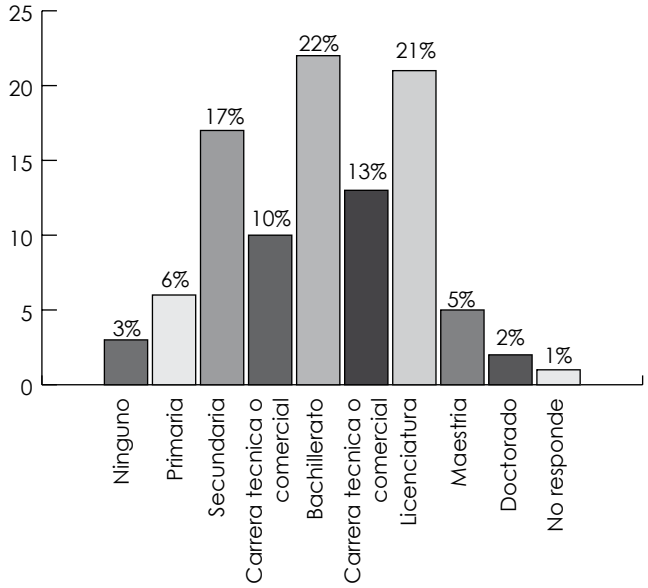
Figura 6. Porcentaje de viviendas encuestadas, por colonia, para el diagnóstico en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

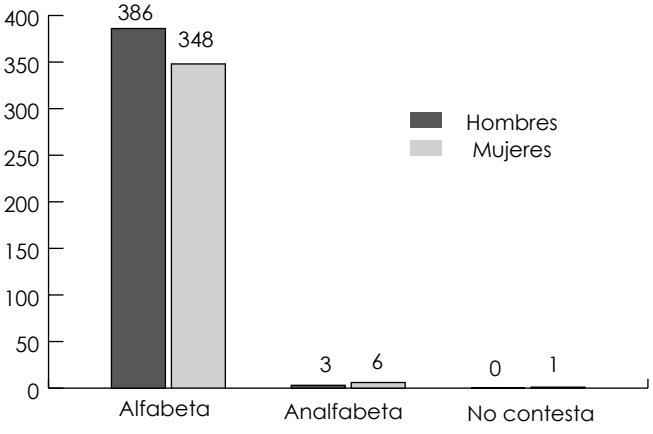
Como lo muestra la figura 7, la mayor parte de la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto ≥ 12 años tiene el bachillerato terminado, seguido por el nivel licenciatura con un 22 y 21 por ciento respectivamente y sólo el 3 por ciento no tiene algún nivel escolar finalizado hasta el momento de la encuesta.

Figura 7. Porcentaje del nivel escolar de la población ≥12 años del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

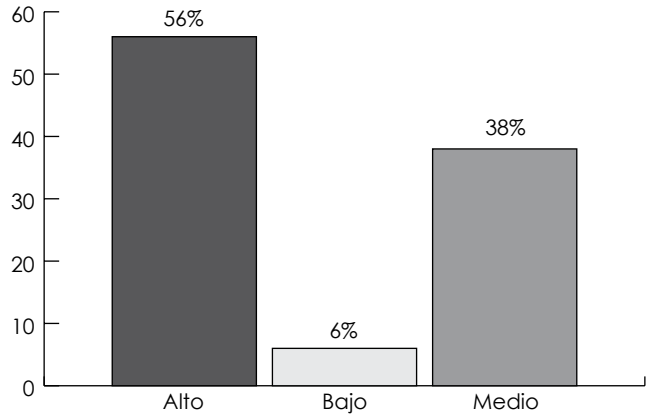
Figura 8. Condición de analfabetismo de la muestra seleccionada del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto para el diagnóstico de salud en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007

Como lo muestra la figura 8, la mayor parte de la población mayor de 12 años encuestada sabía leer y escribir un recado.

Figura 9. Porcentaje del nivel económico familiar del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007



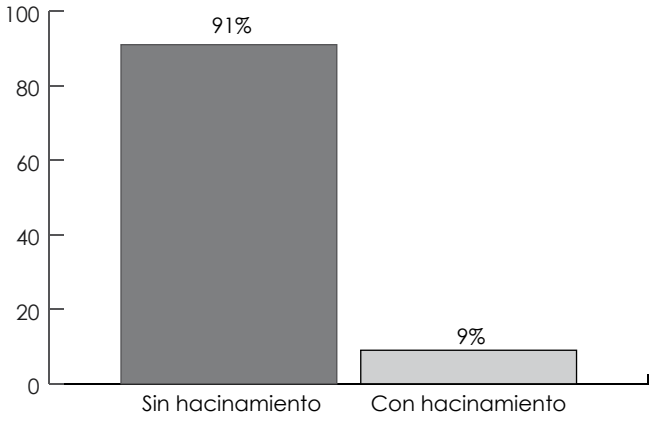
Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007

Del total de viviendas encuestadas, 56 por ciento se encuentra en un nivel económico familiar alto, 38 por ciento en un nivel medio y 6 por ciento en un nivel bajo. Cabe destacar que para la estratificación económica que se presenta en este trabajo, se tiene como base la existencia en la vivienda de ciertos satisfactores materiales que brindan a los habitantes diversos grados de confort (Ver figura 9).

Si bien la estratificación podría hacerse muy fina e identificar diversos niveles económicos, en este caso no es la intención, ya que sólo se pretende identificar las viviendas que carecen de los satisfactores materiales mínimos indispensables y aquellas en las que se tiene la mayoría de ellos. Por lo anterior, el nivel económico bajo, sólo debe de entenderse como las condiciones de las viviendas en donde existe algún déficit de satisfactores básicos, y el nivel económico alto como aquel en el que están cubiertas todas los satisfactores materiales básicos y no básicos (en la diversidad y magnitud de la posesión de los satisfactores no básicos, se explica la posibilidad de los diferentes niveles de riqueza). Por otro lado el estrato medio presupone la existencia de todos los satisfactores básicos. (Anexo 9)

El diagnóstico detectó también que 9 por ciento de las personas que viven en el área de responsabilidad de la unidad en estudio, presentan hacinamiento, lo cual es un factor de riesgo para algunas enfermedades como las infecciones respiratorias agudas (Ver figura 10).

Figura 10. Porcentaje de familias que viven en hacinamiento en el área de responsabilidad del Centro de Salud en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007

6.5.1.2. Identificación de los daños

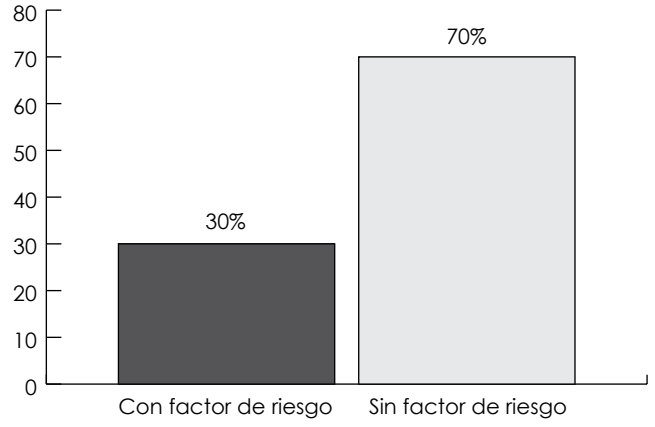
La incidencia acumulada del último mes previo a la encuesta, en Infección respiratoria aguda en niños < 5 años que viven en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto fue de 0.21 casos. Por edad desplegada, en menores de 1 año hubo una incidencia de 10.53 por ciento en sexo femenino y 0 por ciento en sexo masculino, en 1 año de edad la incidencia fue de 5.56 por ciento en ambos sexos, en niños de cuatro años fue de 11.11 por ciento en sexo masculino y 10.53 por ciento en sexo femenino. (Anexo 10).

La incidencia acumulada de Infección respiratoria aguda en el adulto mayor durante el mes previo a la encuesta fue de 0.40 casos, 40 por ciento sexo masculino y 46.6 por ciento sexo femenino.

Las enfermedades diarreicas agudas en niños <5 años en la población de estudio, reportaron una incidencia de 0 casos en el último mes previo a la encuesta.

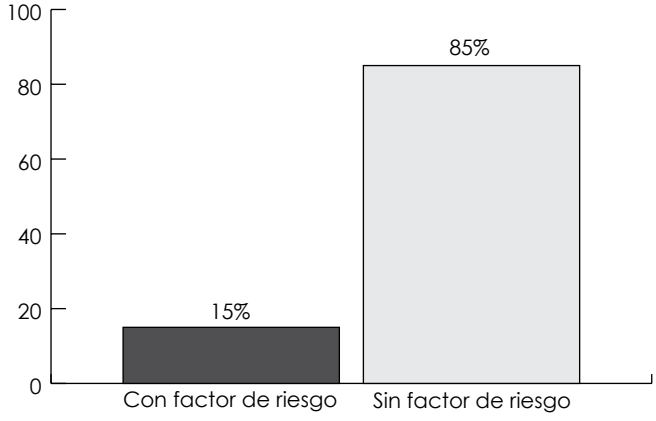
Sin embargo los datos arrojaron que 30 por ciento de las viviendas tienen condiciones desfavorables para IRAS (Ver figura 11) y 15 por ciento tienen condiciones desfavorables para contraer EDAS (Ver figura 12), esto tomando en cuenta características de las viviendas tales como: paredes, piso, techo, acceso al agua potable, drenaje y hacinamiento.

Figura 11. Porcentaje de viviendas en condiciones desfavorables para IRAS en el área de responsabilidad del Centro de Salud en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007

Figura 12. Porcentaje de viviendas en condiciones desfavorables para EDAS en el área de responsabilidad del Centro de Salud en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007

La incidencia acumulada de Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años durante el mes previo a la encuesta fue de 0.07 casos, la incidencia por grupo de edad más elevada se registró en mujeres de 50 a 59 años con 16.1 por ciento, seguido de mujeres de 45 a 49 con 14.2 por ciento y de 20 a 24 años con 10.5 por ciento; las mujeres de 15 a 19 presentaron una incidencia de menos de 1.5 por ciento.

En accidentes de vehículo de automotor se encontró, del 2000 al 2007, una frecuencia de cinco casos, tres de sexo masculino de 29, 37 y 47 años y dos de sexo femenino de 26 y 34 años.

Para Infarto agudo al miocardio se detectó una frecuencia de tres casos en ocho años previos a la encuesta, dos de sexo masculino de 52 y 55 años y uno de sexo femenino de 44 años; la frecuencia de este daño el año 2007 fue de 6.08 casos.

Con respecto a la prevalencia de Hipertensión arterial, según el grupo de edad de interés epidemiológico, la encuesta arrojó que las principales edades en donde prevalece este padecimiento es en los grupos de edad de 50–54 años, 55 –59 años y 65 años y más, con 12.20 por ciento, 13.6 por ciento y 23 por ciento de casos respectivamente (Anexo 11).

En Diabetes mellitus tipo 2, la prevalencia acumulada fue de 2.07 en el año 2007 y el grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 65 y más con 23 por ciento.

La prevalencia de alcoholismo fue de 1.92 de casos, con 4.5 por ciento de prevalencia el quinquenio de 55 a 59 y 2.48 por ciento el de 15 a 19 años.

En lo que se refiere a tabaquismo, la prevalencia para el año 2007 fue 2.64, casos, siendo el quinquenio de 55 a 59 años el más alto con un 4.5 por ciento de casos.

Las principales causas de muerte en la población por edad y sexo en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto son las siguientes:

- Diabetes mellitus, un deceso de sexo masculino de 70 años.
- Hipertensión arterial, un deceso de sexo femenino de 79 años.
- Accidentes automovilísticos, tres decesos, dos de sexo masculino y una de sexo femenino de 70, 94 y 26 años respectivamente.
- Infarto agudo al miocardio, dos decesos de sexo masculino de 83 y 97 años.
- Cáncer, un deceso de sexo masculino de 36 años.

6.5.1.3. Factores de riesgo para daños

La identificación de los factores de riesgo para daños priorizados por incidencia como IRAS e IVUS, se obtuvo a través del riesgo relativo, que representa cuántas veces más ocurrirá un evento en un grupo expuesto al factor de riesgo, en relación con el grupo no expuesto.

Así se detectó que la ausencia de lactancia materna hasta los seis meses de edad es un factor de riesgo para contraer IRAS, un menor de cinco años tiene cuatro veces más probabilidades de padecer este daño si no recibió lactancia materna hasta los seis meses que aquél que si la recibió. (Ver tabla 9)

Tabla 9. Riesgo relativo de algunos factores considerados de riesgo en morbilidad de infecciones de vías respiratorias en <5 años

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Lactancia	3.83	1.33-11.01
Si fuma	0	0
S/vac.Anti-influencia	0	0
S/vac.Anti-neumococo	0	0
S/VAC- ¨Pentavalente	0	0
Tabaquismo	0	0
Capacitación	0.53	0.18-1.58

Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

Los datos arrojaron que los adultos mayores de 60 años tienen casi 3 veces más probabilidades de enfermar de IRAS si padecen Hipertensión arterial que si no. (Ver tabla 10)

Tabla 10. Riesgo relativo de algunos factores considerados de riesgo en morbilidad de infecciones de vías respiratorias en ≥60 años

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Uso de gas	0	0
Si fuma	0	0
S/vac.Anti-influencia	0.73	0.22 - 2.44
S/vac.Anti-neumococo	0.87	0.27 - 2.78
C / d.M.	1.53	0.35 - 14.41
C / hta	2.53	1.05 - 6.13
C / cancer	0	0

Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

En infección de vías urinarias en >15 años se detectó que una mujer tiene casi 7 veces más probabilidad de IVUS si usa baños públicos, que sino lo hace; 7 veces más probabilidad de IVUS si no tiene una buena técnica de limpieza en la micción que aquella que si la tiene y 4 veces más riesgo de tener IVUS si no utiliza condón que aquella que si lo hace. Así como también, tiene 4 veces más probabilidad de contraer la enfermedad si no se baña diariamente. (Ver tabla 11)

Tabla 11. Riesgo relativo de algunos factores considerados de riesgo en morbilidad en infecciones de vías urinarias en ≥15 añoS

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Con cancer	0	0
Uso baño pùblico	6.65	3.71 - 11.90
Diabetes mellitus	0	0
Uso de refrescos	0	0
Sin uso de condon	4.42	2.15 – 9.08
Cons. Alim. Chatarra	0.21	0.10 - 0.42
Sin baño diario	4.41	1.74 – 11.19
Sin tecnica limpiado	7.08	3.63-13.81

Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

La identificación de factores de riesgo para daños priorizados por prevalencia como son Diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial, se logró a través de la razón de momios, la cual nos indica la probabilidad de que ocurra un evento, entre la probabilidad de que no ocurra.

En ese sentido, se detectó que los mayores de 40 años tienen 12 veces más probabilidades de padecer diabetes que aquellos de 20 a 39 años y que el tabaquismo incrementa 25 veces más la probabilidad de ser hipertenso (Ver tablas 12 y 13).

Tabla 12. Razón de momios de algunos factores considerados de riesgo de morbilidad por hipertensión arterial en ≥ 20 años

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza
Por sexo	0.74	0.27 - 2.02
Herencia	11.51	3.66 - 35.62
Obesidad	2.55	0.97 - 6.20
Sin ejercicio	0	0
Tabaquismo	25.43	4.03 - 154.85

Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

Tabla 13. Razón de momios de algunos factores considerados de riesgo para morbilidad por diabetes mellitus tipo 2 en ≥20 años

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Edad > de 40 años	12.63	1.63 - 268.020
Sexo	1.43	0.35 - 6.12
Herencia	8.5	1.52 - 43.52
Obesidad	1.81	0.34 - 8.82

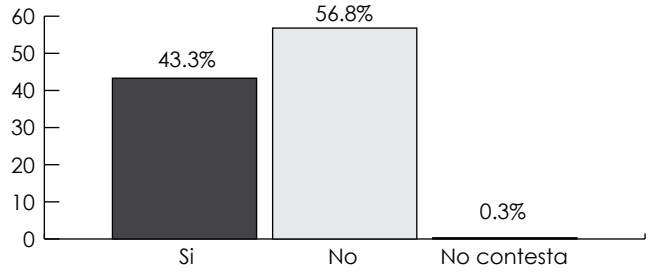
Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

Un factor de riesgo importante para diabetes e hipertensión es el aspecto hereditario, ya que si se tienen padres o abuelos diabéticos casi 9 veces más probabilidad de desarrollar la enfermedad que alguien que carece de éstos, asimismo la herencia en hipertensión incrementa el riesgo de desarrollar la enfermedad casi 12 veces.

Asimismo, se identificó que 15.7 por ciento de los hipertensos, no reciben tratamiento alguno para su enfermedad, por lo cual se encuentran en riesgo de que se degrade su calidad de vida o perecer por alguna o múltiples complicaciones que el padecimiento mal controlado puede desarrollar. En el caso de los diabéticos 80 por ciento siguen su tratamiento y 20 por ciento no contestaron esa pregunta del cuestionario.

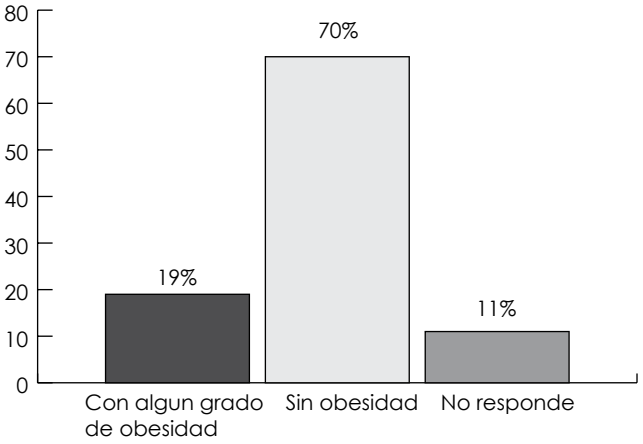
En cuanto a estilos de vida, 56 por ciento de la población de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto no practica actividad física de manera frecuente (Ver figura 13) y 19 por ciento de la población registra algún grado de obesidad (Ver figura 14).

Figura 13. Porcentaje de personas ≥12 años que practican alguna actividad física de manera frecuente en el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007

Figura 14. Porcentaje de personas ≥12 años que presentan obesidad en el área de responsabilidad del Centro de Salud en diciembre del 2007

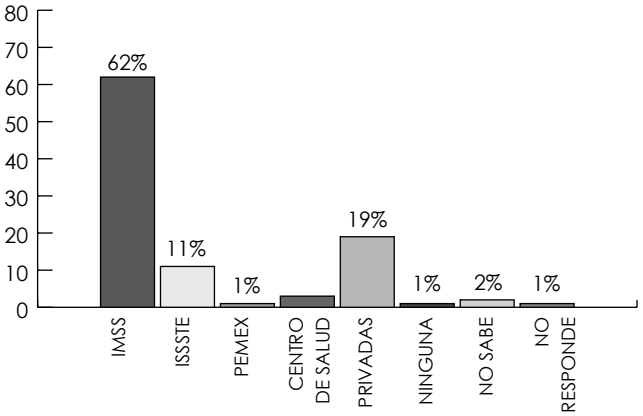


Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007

6.5.1.4. Recursos, servicios y programas de Salud

En lo referente a los recursos, servicios y programas de salud, para este diagnóstico se obtuvo la distribución de la población del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007, donde se observa que el 62 por ciento cuenta con Seguridad Social por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, 19 por ciento acude a instituciones privadas, 11 por ciento asiste al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y 3 por ciento acude al Centro de Salud Maraboto (Ver figura 15).

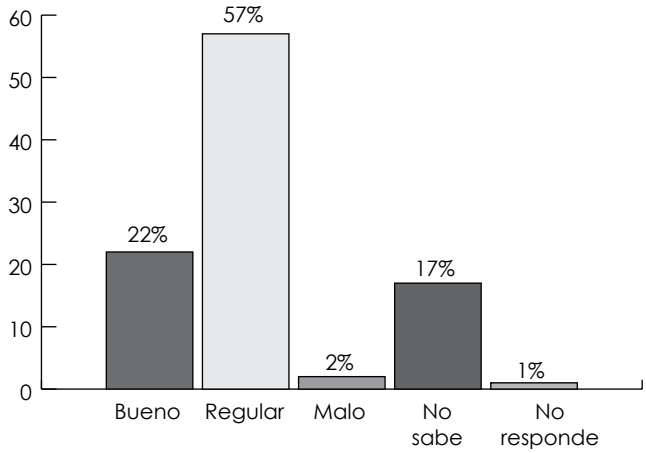
Figura 15. Distribución por derechohabiencia de la población de área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

En cuanto a la calidad de atención otorgada por los prestadores de servicio de las instituciones de salud, el 57 por ciento de las personas consideran que la calidad recibida es regular, 22 por ciento señalan que es buena, 17 por ciento no sabe como catalogar la calidad de atención y el 2 por ciento reportó una mala calidad (Ver figura 16).

Figura 16. Opinión sobre calidad de atención en los servicios de salud que atienden a la población de área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007



Fuente: Cuestionario del diagnóstico de Salud de los alumnos de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana 2007.

Para conocer los programas de los servicios de salud, se identificó a las instituciones donde los diabéticos e hipertensos acuden a recibir su tratamiento, los datos arrojados fueron los siguientes: de los once diabéticos detectados, cuatro acuden al IMSS, cuatro a instituciones privadas, uno al ISSSTE y dos no respondieron. Para el caso de los hipertensos, se detectaron 19 personas, de ellas, tres no reciben tratamiento, diez acuden al IMSS, tres al ISSSTE y tres en instituciones privadas.

Se cuenta con servicio de consulta general en los turnos matutino y vespertino, dónde laboran 19 médicos de los cuales 16 se encuentran en el Centro de Salud Maraboto, dos en el Centro de Salud del FOVISSSTE y uno en el Centro de Molinos de San Roque, los cuales cada médico brinda en promedio 2.8 consultas por hora[j], con una duración cada una de 30 minutos primera vez y 15 minutos subsecuentes y tomando en cuenta que cada médico trabaja seis horas programadas por día, su promedio diario de consultas es de 16.8, de manera conjunta logran una productividad de 504 consultas por mes. Cabe destacar que un médico cada semana sale a realizar actividad de campo. Solo laboran seis horas puesto que no cuentan con suficientes consultorios y tienen que desocuparlo en el momento del cambio de turno y no hay jornada acumulada para los médicos.

6.5.2. Derivados del análisis cualitativo

6.5.2.1. Espectro del discurso

Se entrevistaron a tres personas denominadas usuarios, debido a la saturación del discurso, ya que coincidieron con el dialogo en repetidas ocasionas. Para los directivos y prestadores de servicio se manejaron en un principio dos personas.

Calidad de atención

Respecto del concepto calidad de atención los subconceptos definidos anticipadamente y explicitados por todos los informantes fueron satisfacción del personal, información al paciente, capacidades, recursos humanos, actitudes, calidez, eficacia, y norma.

[j] *SSA, Secretaria de Salud. Los médicos en que laboran en algún Centro de Salud, deben tener una productividad de tres consultas por hora en promedio.*

Tabla 14. Conceptos y subconceptos. Prestadores de servicio del Centro de Salud Maraboto 2008

Código Variable Discursiva	satisfacción del personal (sp)	información al paciente (ip)	actitudes (ac)	calidez (cz)	Norma (n)
Prestador de servicio 1	(1)Presente	(3)Presente	(2)Presente	(3)Prest.	(2)Prest.
Prestador de servicio 2	(2)Presente	(2)Presente	(1)Presente	(1)Prest.	(1)Prest.
Cualificación	Generalidad	Generalidad	Generalidad	Generalidad	Generalidad

Fuente: Directa del personal de salud del centro de Salud Maraboto

Todos estos subconceptos son los que manejamos desde un principio y son los que permanecieron durante el manejo de las entrevistas, algunos de manera repetitiva y otros no fueron explicitado, tales como capacidades, recursos humanos y eficacia (Anexo 12).

En términos de generalidad, es decir que el subconcepto fue identificado por todos los informantes, encontramos la satisfacción del usuario, interpretándose con diversos matices, por ejemplo el hecho de ser solicitados nuevamente para atender al paciente, dicho en propias palabras como;

"la satisfacción de ver que ellos lo piden a uno para ser atendidos", "nos vuelven a buscar para que los atendamos y esto es satisfactoriamente tanto personal como profesionalmente".

Otro subconcepto que igualmente fue identificado en todos los informantes fue el relacionado con el hecho de que la calidad de atención implica procesos de información médico-paciente.

"*darles toda la información al paciente, toda orientación de cómo se va a administrar el medicamento*".

Las actitudes son otro subconcepto manejado dentro de la calidad de atención, este término hace referencia a las actitudes positivas que tienen los pacientes con respecto a la atención que se les brinda, por ejemplo nos dicen;

"*para las distribuciones de las actividades como el desarrollo de mis mismos compañeros en lo que estamos trabajando, o sea no, nadie debe de sentirse superior o inferior*"

El último subconcepto al que se refieren es a las normas, las cuales consideran deben aplicarse para poder brindar un buen servicio a la población llevando un orden adecuado y equitativo, de esto decían;

"*si nos basamos a la norma, 13, A13 o 013, perdón, de la secretaria de salud", "de acuerdo al nuevo modelo de atención en salud ya es con más calidad apegado a las normas*".

Los subconceptos no identificados en los discursos, a pesar de que son un Componente de la calidad de la atención son capacidades, eficacia y recursos humanos, los cuales no fueron mencionados por los prestadores de servicio.

Retos (Anexo 12)

Con respecto de los retos de atención, los subconceptos definidos anticipadamente y explicitados por los informantes fueron calidad, modelos de atención, infraestructura, reconocimiento, confianza y estrategias. Todos estos subconceptos son los que manejamos desde un principio y solo el subconcepto de norma se codificó como emergente durante el análisis de las entrevistas, algunos de manera repetitiva y otros sólo se presentaron en forma de variabilidad como son infraestructura, estrategia y oportunidades.

Tabla 15. Conceptos y subconceptos del los directivos del Centro de Salud Maraboto 2008

Código Variable discursi va	normas (n)	calidad (cd)	modelo de atención (ma)	infraestructura (i)	confianza (co)	estrategias (es)
Directivos1	(2)Presente	(2)Presente	(1)Presente	(2)Presente		
Directivos2	(2)Presente	(2)Presente	(2)Presente		(2)Presente	(1)Presente
Cualificación	Generalidad	Generalidad	Generalidad	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad

Fuente: Directa de los directivos del centro de Salud Maraboto

En términos de generalidad, es decir que el subconcepto fue identificado por todos los informantes, encontramos calidad interpretándose con diversos matices, por ejemplo el hecho de ser capaces de brindar un servicio adecuado a los pacientes;

"*Para que también se pueda brindar el servicio con calidad, tanto como para los usuarios, como para nosotros los prestadores, en sí son los aspectos de manera general*", "*Bueno, ya refiriéndonos específicamente a la calidad como anteriormente le mencione es la sensibilización que debe tener el prestador* ".

Otro subconcepto que igualmente fue identificado en todos los informantes fue el relacionado con los retos que tienen que cumplir como directivos, dentro de estos encontramos modelos de atención que deben seguir para la toma de decisiones, por ejemplo decían;

"*Los modelos de atención son la guía para que se les atienda bien a los pacientes*", "*se aplica la pregunta hacia ellos para saber si se están aplicando bien los modelos de atención*".

Satisfacción es otro de los subconceptos lo cual manejaban como el respeto, efectividad y buen trato para los pacientes.

"*La satisfacción personal de trabajar en equipo es gratificante ya que cuando se obtienen logros a pesar de las limitantes que imperan*", "*satisfacción con respecto a la distribución de los medicamentos que se brindan*".

Otro subconcepto que es manejado es capacitación para el personal que labora en los centros de salud, como por ejemplo nos dicen;

"*bueno nosotros tenemos que estar capacitándonos constantemente*", "*de alguna manea educando a la población capacitándola*".

Por último en términos de generalidad fue identificado en todos los informantes fue el relacionado con retos, los cuales implican procesos de información médico-paciente, por ejemplo decían:

"*recibir, elaborar, e interpretar la información que se maneja en su entorno*".

Los términos de subconceptos encontrados en las variables discursiva prestador de servicio fue infraestructura la cual toma en consideración los aspectos de las instalaciones, la estructura del lugar, los insumos, entre otros, dicho en propias palabras;

"*Aspectos que veo fundamentalmente independientemente también de la infraestructura ya que esta unida en especial áreas físicas inadecuadas, y recursos humanos incompletos*".

El subconcepto que se manejo de manera variable dentro del concepto de retos fue la confianza la cual es brindada del médico-paciente al ser atendidos.

"recobrar la confianza de la población hacia nuestras unidades médicas", "tener la confianza de los usuarios para asistir a nuestro centro de salud".

Subconceptos que solo fueron mencionados en una ocasión y por solo uno de los directivos son oportunidades manejadas el directivo diciéndonos que;

"*ciertos indicadores como la oportunidad en que recibe la atención*".

Tiempo el cual consideran debe ser adecuado para los pacientes, de esto nos dicen;
"*procuramos que nuestro pacientes tengan un tiempo de espera más corto*".

Y el último es vinculación social, la cual es manejada por un solo directivo de la cual nos dice con sus propias palabras;

"poder establecer un vinculo que permita preservar el estado de salud de los usuarios"

El subconcepto no identificado en los discursos, a pesar de que son un componente de los retos son reconocimiento y estrategias, los cuales no fueron mencionados por los prestadores de servicio.
Pensamientos (Anexo 13)

Respecto del concepto del pensamiento, los subconceptos definidos anticipadamente y explicitados por los informantes fueron; percepción, tiempo, atención eficiencia, puntualidad, calidad, confianza e infraestructura. Todos estos subconceptos y concepto son los que manejamos desde un principio y son los que permanecieron durante el manejo de las entrevistas, algunos de manera repetitiva y otros de manera poco iterativa como es la eficiencia, la calidad, la confianza y la infraestructura.

Tabla 16. Conceptos y subconceptos. Usuarios del Centro de Salud Maraboto

Código Variable Discursiva	percepción (PEp)	tiempo (PEt)	atención (PEat)	eficiencia (PEef)	puntualidad (PEpu)	calidad (PEcd)
Usuario1	(1)Presente	(4)Presente	(8)Presente	(4)Presente	(1)Presente	(3)Presente
Usuario2	(5)Presente	(5)Presente	(1)Presente	(1)Presente	(1)Presente	(2)Presente
Usuario 3	(2)Presente	(5)Presente	(2)Presente		(1)Presente	
Cualificación	Generalidad	Generalidad	Generalidad	Variabilidad	Generalidad	Variabilidad

Fuente: Directa de los usuarios que asisten al centro de salud Maraboto a consulta

En términos de generalidad, es decir que el subconcepto fue identificado por todos los informantes, encontramos percepción, interpretándose con diversos matices, con sus propias palabras nos dicen que;

"Esperen ahí ahorita la atendemos y ellas ahí en su plática y ya hasta que nos pasan, para mí eso no está bien", "Pues hasta ahorita ha sido bien por parte de los médicos porqué ellos atienden la verdad muy bien son buenos".

Otro subconcepto que igualmente fue identificado en todos los informantes fue tiempo de espera para poder entrar a consulta, ya que ellos consideran importante modificar la forma en la que dan las citas para los pacientes ya que no respetan el horario en el cual fueron citados, a demás que el tiempo de consulta es corto, por ejemplo nos dicen;

"Pero si se tardan mucho tiempo en pasar este a las personas", "Cuando uno pasa a penas son cinco o diez minutos si la revisa a la bebe me ve que tiene y ya me la da la receta y yo siento que es poco tiempo".

Atención es otro de los subconceptos, en este los usuarios consideran que la atención es buena, pero que solo con las enfermedades sencillas ya que no te mandan a otros servicios cuando los necesitas, algunos ejemplos de lo que nos dicen;

"En cuanto a la atención que nos dan le platico que ya va para un año que vine cuando me embarace y me atendieron muy bien la verdad todo mi tratamiento fue bueno", "pero en la atención de cosas pequeñas pero por que tratan de sobrellevarlos y no buscan saber qué es lo que tienen realmente ya que solo lo llevan por encima".

El último subconcepto al que se refieren es puntualidad, ya que es importante para ellos ser atendidos a la hora que se les está dando la cita, de esto decían;
"Que nos atendieran conforme van llegando los pacientes", hora y aquí está uno puntual y nada que pasas, luego también tenemos".

Los términos de variabilidad, subconceptos que fueron encontrados de manera variable, encontramos eficiencia, de la cual consideran que les falta ser más eficientes para la realización de los diagnósticos que brindan, por ejemplo dicen;

"Tenía tifoidea y estaba en desnutrición leve y no le daba aquí a lo que tenía y no le daban sino hasta que ella… ella se dio por vencida en el centro de salud de aquí y se fue con un particular que le mando a hacer otros estudios y salió que tenia tifoidea y aquí solo se lo estaba sobrellevando no lo curaron solo lo mantenían sí le daban sus vitaminas pero no lo estaban analizando".

Otro subconcepto que también fue identificado es la calidad la cual la manejan como buena solo que consideran que se pudiera atender enfermedades un poco más complejas dentro del centro de salud, lo que nos dicen al respecto.

"ósea si atienden bien tienen como que calidad", "Por ejemplo te mandan a hacer análisis o un ultrasonido pero no te dicen bien que es lo que tienes".

Y por último encontramos subconceptos en casos extremos los cuales solo fueron mencionados en una ocasión y por solo uno de los usuarios estos son confianza la cual considera uno de los usuario es poca debido a las experiencias vividas con sus familiares ella nos dice;

"voy a tener que ir con otro médico un particular a ver qué es lo que está pasando", "desde que paso eso ya no tengo mucha confianza pues así le pasó a mi sobrinito que estaba en control del niño sano y vitaminas y vitaminas y no subía de peso".

Y el último subconcepto es infraestructura ya que nos mencionan que no cuentan con lo necesario para atenderlos, por ejemplo nos dicen;

"Los medicamentos todo muy bien gracias a Dios que bueno luego como que falta uno que otro de los que te están recetando ya que en la farmacia luego no se encuentra bien equipada, pero lo que te dan o recetan los médicos es buen medicamento".

Ideas básicas
El espectro del discurso muestra de manera general, que la percepción que tienen tanto los prestadores de servicio y los usuarios es muy similar ya que ambos perciben que la atención que se presta en el centro de salud es buena ya que se les da atención de calidad, pero es importante destacar, que ambos también perciben la falta de organización del tiempo para pasar a consulta, cada uno con diferentes perspectivas, los usuarios consideran importante pasar a la hora que fue programada su cita y para los prestadores de servicio es primordial que estos sean atendidos a tiempo para que no se junte la población y puedan dar un buen servicio, pero esto no es posible por la falta de recursos humanos ya que es mucha la población demandante. Para mejorar la calidad en este aspecto los directivos manejan retos, como son la falta de infraestructura y recurso humano, para que puedan a tender a la población demandante en tiempo y forma, así como el buen trato que deben recibir los pacientes, tomando en cuenta las normas y el modelo de atención. Los tres grupos entrevistados perciben que el problema es la falta de infraestructura y recurso humano ya que esto solucionaría de misma forma el problema del tiempo que tienen que esperar los usuarios.

7.DISCUSIÓN

La pirámide de población del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre del 2007, muestra un elevado porcentaje en la población de 15 a 19 años y una disminución en menores de 5 años, por

lo cual se infiere que la mayoría de los habitantes de esa zona se encuentra en edad productiva y que la población tiende a incrementar su longevidad y en consecuencia tenderán a incrementar los padecimientos crónico degenerativos en un futuro próximo. Esta estructura poblacional es similar a la que presentaba en el 2005 el estado de Veracruz de acuerdo con el diagnóstico del Plan sectorial de Salud 2005-2012 [31], dónde 53 por ciento de la población la abarcaban adultos jóvenes (de los 15 a 49 años).

La base de esta estructura poblacional muestra un adelgazamiento debido al descenso en la contribución de la población infantil. En tanto que la población de jóvenes y adultos en edad productiva atraviesa por una etapa de crecimiento heredada de los periodos de alta fecundidad del pasado reciente.

Este mismo contexto atraviesa otros países latinoamericanos como Panamá, donde el crecimiento poblacional ha experimentado una notoria reducción en las últimas décadas, debido al descenso de las tasas de natalidad y fecundidad [32].

En el área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto se detectó que 98 por ciento de población es alfabeta, datos análogos a los que presentaba el estado en el año 2000, donde se reportó que 85.1 por ciento de la población mayor de 12 años sabía leer y escribir un recado.

En la identificación de los daños en Infecciones respiratorias agudas en < 5 años se encontró que la falta de lactancia materna hasta los 6 meses de edad es un factor de riesgo, pese a ello 20 por ciento de los menores encuestados no fue lactado en este periodo; en Veracruz el Plan Sectorial busca lograr que 90 por ciento de los menores reciban lactancia materna hasta los seis meses de edad.

Se detectó que la mayor incidencia en Infección de vías urinarias en mujeres ≥15 años durante el mes previo a la entrevista, fue en el grupo de edad de 50 a 59 años con 16.1 por ciento, seguido del quinquenio de 45 a 49 años, con un 14.2 por ciento; una de las posibles causas de esto, es que en las IVUS, la candidiasis urogenital se ubica en el sexto lugar de los principales causas de morbilidad en Veracruz[33] y tiene franco predominio en las mujeres de 25 a 44 años, así como también se encontró que una mala higiene como el baño diario o la mala técnica de limpieza después de ir al baño son factores de riesgo para contraer IVUS.

Cabe destacar que 56.6 por ciento de la población ≥12 años del área de responsabilidad de la unidad en estudio, no practica alguna actividad física de manera frecuente y 20 por ciento de ésta misma población registra algún grado de obesidad. Esto representa un gran problema debido a que la obesidad y el sobrepeso son los principales factores de riesgo que enfrenta la población mexicana e influyen de manera directa en el desarrollo de padecimientos, los cuales constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad, como la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. [35]

Sin embargo, se nota una leve disminución de sedentarismo en comparación con el diagnóstico del 2005 del Centro de Salud Maraboto [36] dónde se detectó un 60 por ciento de personas que no realizaban alguna actividad física y que por consiguiente estaban en riesgo de padecer alguna enfermedad por sedentarismo.

Accidentes de tránsito fue otro daño priorizado en la unidad de estudio, sin embargo sólo se detectaron tres decesos en los últimos 8 años, esto a consecuencia de que la población expuesta al riesgo no fue detectada con exactitud. En países como Chile[37] donde los accidentes de tránsito ocupan los primeros lugares en mortalidad se detectó que las principales causas de accidentes del tránsito son las colisiones con un 51 por ciento y los choques con un 20,7 por ciento.

Los daños detectados para mortalidad en diciembre del 2007 en el Centro de Salud Maraboto son diabetes mellitus tipo 2 con 12.5 por ciento, hipertensión arterial 12.5 por ciento, cáncer 12.5 por ciento, accidentes por vehículo de motor 37.5 por ciento e infarto agudo al miocardio 25 por ciento.

Estos padecimientos están entre las primeras causas de mortalidad a nivel nacional en el 2007[38], diabetes mellitus tipo 2 acumula 16.3 por ciento de las causas de defunción en México, las enfermedades isquemias del corazón 10.6 por ciento, accidentes de vehículos de motor tienen 1.1 por ciento y en mujeres, las enfermedades hipertensivas acumulan 2 por ciento.

Los factores de riesgo detectados en este estudio para morbilidad de diabetes mellitus tipo 2 son herencia y edad, los cuales tienen congruencia con investigaciones previas de este padecimiento, que demuestran que el factor genético es una fuerte causa de diabetes tipo 2, con un 50 por ciento de probabilidad de heredar esta

enfermedad si la han sufrido parientes en primer grado. Recordando que a nivel nacional este daño es el mayor reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud ya que además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20 por ciento)[40].

En México el mayor número de defunciones por este padecimiento lo registra el sexo femenino con 2,035 y el sexo masculino con 1,764, [41] lo cual justifica que las mujeres del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto, presenten 1.4 veces más probabilidad de enfermar que los hombres.

En cuanto hipertensión arterial la cobertura efectiva del tratamiento a nivel nacional hasta el 2005, era de sólo 23.2 por ciento, en este diagnóstico se detectó que el 15.7 por ciento de los hipertensos encuestados, no reciben tratamiento alguno para su enfermedad.

En cuanto a calidad de atención en salud, el compromiso del Programa Sectorial de Salud 2005-2010 en Veracruz, se evalúa a través de un índice que mide el desempeño de los comités estatales de calidad, con lo cual se busca mejorar las condiciones generales de las unidades de atención, reducir los tiempos de espera en consulta externa y en los servicios de urgencia, garantizando un trato digno.

En ese sentido, es importante señalar que desde la mirada de los actores, la calidad para los prestadores de servicio en salud se traduce como la capacidad de dar un servicio adecuado a los pacientes, lo cual se puede lograr al mejorar las condiciones generales de la unidad de atención.

Por su parte, los directivos de las unidades médicas traducen la calidad de atención como el cumplimiento de los modelos de atención de la Secretaría de salud, entre los que se menciona dar un trato digno a los pacientes, lo cual va acorde a los retos del Programa Sectorial de Salud.

Los usuarios, sin embargo, piensan que la calidad de atención es cuestión de tiempo, es decir menor tiempo de espera para pasar a consulta y mayor tiempo en la duración de ésta, así como el surtimiento de recetas al cien por ciento, trato digno por parte de los servidores de salud hacia ellos, etc.

Para ofertar el servicio de consulta externa a la población del área de responsabilidad del centro de Salud José Antonio Maraboto, se cuenta con una plantilla laboral de 19 médicos, los cuales están distribuidos de manera estratégica, 16 laboran en el centro de salud, dos en el Fovissste y uno se encuentra laborando en un módulo de atención medica localizado en la colonia de Molinos de San Roque. Conjuntamente reportan 1250 consultas médicas en promedio por mes, teniendo una cobertura de consultas horas médicos de 2.9. por medico.

En cuanto a los recursos para la salud importante saber que los servicios se pueden otorgar de mejor manera si se contara con instalaciones apropiadas, con mejores espacios, más consultorios para organizar una mejor distribución del personal médico y paramédico, esto incrementaría la atención a los usuarios ya que actualmente se observa que la falta de infraestructura genera disminución de la productividad de los prestadores de servicio.

8. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Después de haber elaborado un diagnóstico de salud del área de responsabilidad del Centro de Salud Maraboto en diciembre de 2007, se conocieron aspectos importantes de los daños a la salud detectados y sus factores de riesgo relacionados con las características biológicas, sociodemográficas y culturales.

En primer lugar se destaca que para los padecimientos en morbilidad de Diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial, se encuentran como factores de riesgo los inadecuados estilos de vida, sobre todo el sedentarismo y la obesidad, los cuales a nivel nacional también muestran un incremento en años recientes a consecuencia de los cambios sociales que hacen que las personas recurran a la adquisición de comida rápida elevada en carbohidratos y grasas, aunado a la poca o nula actividad física. Lo anterior conlleva al incremento de padecimientos crónico degenerativos, por lo que se propone una investigación más profunda en este tema, con un abordaje cualitativo que analice el problema desde la perspectiva de los sujetos y con base en ello implementar un programa que fomente la actividad física en todas las edades, sobre todo en los menores de edad, para que exista un cambio social y cuando lleguen a la edad adulta tengan estilos de vida correctos.

Con respecto a las características demográficas de la población, se propone reforzar los programas de

prevención de padecimientos crónico-degenerativos para mayores de 40 años, otorgando atención médica individualizada y de grupo, a la población de riesgo (de 20 años y más) y pacientes detectados , esto debido al incremento de esta población en años próximos como consecuencia de la actual estructura demográfica, actualmente éstos programas ya existen pero carecen de mayor promoción.

Debido al porcentaje de hipertensos que no reciben tratamiento alguno, se recomienda al Centro de Salud una campaña anual de detección de hipertensos por medio de los núcleos básicos, fortalecidos con los estudiantes de las facultades de medicina y enfermería, que colaboren prestando su servicio, para asegurar el éxito de esta campaña, pues aunque ya se cuenta con ella, no se lleva a cabo de manera efectiva por falta de recurso humano.

En lo que se refiere a la atención de calidad en salud, los usuarios dicen estar contentos con el servicio que reciben, argumentando que los médicos dan una buena atención, sin embargo reprueban los tiempos de espera de consulta externa, motivo por el cual se exhorta a las autoridades de salud a realizar campañas de promoción a la salud dirigidas a los programas de IRAS y EDAS que reduzcan la incidencia de éstas y por consiguiente las horas médico destinadas a atenderlas.

Asimismo, se recomienda una investigación con enfoque cualitativo y cuantitativo más profundo en cuanto a cómo es percibida la atención de calidad por parte de los usuarios, ya que esto ayudará a comprender el porqué de su actuar ante los programas de salud que se implementan.

Finalmente, como propuesta de solución de este diagnóstico de salud se recomienda una articulación de autoridades educativas de nivel superior de áreas multidisciplinarias y autoridades de las instituciones de salud, con el único objetivo de detener los embates de las enfermedades infecciosas y no infecciosas, ya que se está perdiendo la guerra contra ellas por falta de recurso humano. Esto puede llevarse a cabo a través de convenios entre las autoridades mencionadas que proporcionen beneficios mutuos entre futuros médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, administradores, comunicadores, químicos, biólogos, etc. y el sistema de salud, por un lado dando facilidad a los estudiantes para realizar prácticas profesionales en tiempo real y escenarios profesionales y por otro lado, facilitando recursos humano con características de beneficio a los sistemas de salud.

9. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

Antes que nada conocernos e integrarnos para trabajar en equipo resultó una gran experiencia, ya que no todo el equipo tenían practica en la elaboración de un diagnóstico de salud y una vez que se establecieron las bases y las reglas del equipo se procedió a intercambiar experiencias que sirvieran como referencia para la actividades que se emprendieron.

Desde el principio se inició la actividad con entusiasmo ya que en nuestra primera actividad de reconocer y obtener datos para la elaboración del diagnóstico, resultó relativamente sencillo, debido a que se conocían los sitios y lugares a donde acudir para obtener la información, y teníamos acceso a ella, una vez recopilada dicha información, nos confiamos, es decir, no pudimos procesarla a tiempo, tomando en consideración que la información ya la teníamos, pero no sabíamos cómo sería solicitada para su presentación y exposición, lo cual nos llevó a un desempeño no tan elevado como se esperaba en la primer plenaria.

De esa primera experiencia de ser alumnos de la maestría de Salud Pública, aprendimos que no es bueno estar supeditados a que nos digan lo que debemos hacer, sino que es importante empezar a desarrollar iniciativas que nos lleven a obtener un resultado satisfactorio. Se aprendió que la convivencia en grupo debe ser tolerante.

Se debe tener carácter y control emotivo para pasar al frente a exponer, cosa que algunos hacían muy bien y otros no, pero a través del desarrollo de semestre estas experiencias se han pulido hasta controlar lo que se conoce como pánico escénico, aunque no del todo bien, pero hay adelantos importantes.

También se interactuó con otros compañeros de la maestría intercambiando experiencias y conocimientos para el bien común y la elaboración del diagnóstico de salud.

Los estados de estrés y tensión que se vivieron previos a las plenarias son momentos emocionantes, donde la sensibilidad se encuentra más vulnerable.

Se conocieron las aptitudes de cada uno de los integrantes del equipo, y en base a ello se realizó una organización para los trabajos encomendados, el perfil de cada uno del equipo es importante para el desempeño del mismo. También nos toco vivir momentos agradables y de convivencia como los festejos en el Centro de Salud

donde se realizaron las prácticas de campo, donde nos incorporaron como integrantes más de su equipo de trabajo, nos aceptaron y nos hacían partícipes en su evento.

Siempre se conjunto el grupo como equipo, las actividades que se realizaban tenían un fin común incluso se realizaron reuniones con el resto de los equipos para intercambiar impresiones y hasta información.

La falta de experiencia para trabajar y presentar trabajos y proyectos, hizo que nos pasáramos en vela las noches anteriores a cada plenaria, de esto se aprendió que es bueno realizar adelantos a los trabajos pendientes para que no se acumulen; otra de la experiencias aprendidas, fue que sólo debe interesar el trabajo que se está realizando, no es apropiado ver ni escuchar opiniones, comentarios, mucho menos tratar de copiar argumentos de otros equipos, porque eso nos llevaba a un estado de desventaja que hace que se dude del contenido de nuestro propio trabajo y nos hace inseguros con respecto al mismo.

También surgieron los malos entendidos en nuestra experiencia como grupo, los cuales fueron superados de manera temprana a través de los actos de conciliación. Cuando nos coordinamos para realizar actividades individuales no siempre obteníamos el resultado del trabajo a la hora convenida, no era por falta de interés sino por las condiciones en que nos encontrábamos cada o de los integrantes del equipo.

El no acatar las indicaciones que se establecían ocasionaban un desequilibrio del grupo, y descontento en los equipos que se formaron, pero finalmente se trabajo con empeño y dedicación, por parte unos más y otros menos.

La convivencia en equipo es una experiencia agradable en ocasiones y otras veces de enojo, ya que no todos comparten ni aportan de la misma manera.

Las complicaciones para el desarrollo del diagnóstico de salud salieron a flote cuando no podíamos ponernos de acuerdo sobre cómo realizar las actividades planeadas, pero se hizo uso de la razón, la lógica y la cordura y las distribuciones mejor fueron sorteadas para que no hubiera ningún tipo de favoritismo y todos quedáramos conformes.

Trabajar bajo presión y con los influjos del estrés no es nada recomendable, ya que esto hace que se pierda la dimensión de las cosas y repercute en los integrantes del equipo exaltándolos por lo más mínimo.

Es importante mentalizarse para iniciar un trabajo en equipo, ya que requiere dedicación, empeño, participación, oportunidad, puntualidad, sentido de pertenencia, tolerancia etc.

Lo que más se aprendió es que se debe se perseverante y trabajar mucho, además de dedicarle tiempo y esfuerzo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González M, Max y Amable B, Morales S, Ruilova D. Gestión en los Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública. Universidad Nacional de Loja, Seguro Social campesino, proyecto Desarrollo de Espacios Saludables, OPS: Ecuador (Quito) 2001.
2. González C. Diagnóstico de la salud en; (México). Editorial Trillas; 1988.
3. González M, Max y Amable B, Morales S, Ruilova D. Gestión en los Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública. Universidad Nacional de Loja, Seguro Social campesino, proyecto Desarrollo de Espacios Saludables, OPS: Ecuador (Quito) 2001.
4. Secretaría de Salud (SSA). Guía Metodológica Básica para la Atención Médico Familiar, protección de la Salud. México (DF) 1997.
5. Secretaría de Salud (SSA). Guía Metodológica Básica para la Atención Médico Familiar, servicios de Salud. México (DF) 1997.
6. Secretaría de Salud (SSA). Guía Metodológica Básica para la Atención Médico Familiar, Regulación de los servicios, México (DF) 1997.
7. Organización Panamericana de la salud. Planificación participativa. Metodologías para la promoción en la salud en las Américas: OPS. 1999
8. Ronfman M. y Gómez de León J. "La mortalidad en México" niveles, tendencias y determinantes. México, D. F.: El colegio de México 1988.
9. López Ramos Francisco. El diagnóstico de Salud en epidemiología, enfermedades transmisibles y crónico degenerativas, Manual Moderno, México 2006.
10. Testa Mario, Pensamiento Estratégico y lógica de programación. El caso de Salud, Lugar Editorial S.A. Buenos Aires 1995.
11. Varkevisser C, Pathmanathan I, Brownlee A. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Volumen 2 Serie de Capacitación en investigación sobre sistemas de salud, Parte I, Desarrollo de propuestas y trabajo sobre el terreno. Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo. Canadá (Ottawa) 1995.

12. Plan Nacional de Salud 2007-2012. [fecha de acceso 5 de febrero de 2008] URL Disponible en: http://www.salud.gob.mx/.
13. Gobierno Estatal de Veracruz. Plan sectorial de Salud 2005-2012. México.
14. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diagnóstico de salud del Centro de Salud José A. Maraboto C. Xalapa. 2005
15. Departamento de investigaciones en salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Diagnóstico cualitativo de la atención en salud Reproductiva en Bolivia. Bolivia.1996 [Fecha de consulta 23 de octubre de 2007]. disponible en http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/diagnostico/peru.pdf
16. Departamento de investigaciones en salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Diagnóstico cualitativo de la atención en salud Reproductiva en Bolivia. Bolivia.1996 [Fecha de consulta 25 de octubre de 2007]. disponible en http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/diagnostico/Bolivia.pdf
17. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico del Sistema de Información en Salud de Panamá. 2006 [Fecha de consulta 23 de octubre de 2007] disponible en http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/hmn_pan_his_2007_sp.pdf
18. Ayuntamiento de Sevilla. Diagnóstico de Salud Pública de Sevilla 2006. [en línea] 2006 [fecha de acceso 5 de febrero de 2008] URL Disponible en: www.sevilla.org/.../noticias_2006/Mayo/10_05_2006a/1147260961023_diagnostico_de_salud_sevilla_-_def.pdf.
19. López Ramos Francisco. El diagnóstico de Salud en epidemiología, enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas, Manual Moderno, México 2006.
20. Organización Mundial de la salud. El CIE y la movilización de las enfermeras para la promoción de la salud: OMS. 2000. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_es.htm.
21. Organización Mundial de la salud. El CIE y la movilización de la enfermeras para la promoción de la salud: OMS. 2000.
22. Mercado MFJ, El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado MFJ, Tores LMT, editores. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Universidad de Guadalajara/ Plaza y Valdés; 2000.
23. Méndez R. Moreno A. Sosa D. El protocolo de Investigación, lineamiento para su elaboración y análisis. 8ª ed. México: Trillas; 2001.
24. Hernández E., Saldaña A. Guía práctica para el desarrollo de investigación, Universidad Veracruzana, México; 2002.
25. Mendez I. El Protocolo de Investigación, Lineamiento para la elaboración y análisis G.D., Moreno 8va reimpresión, México, 1984.
26. Taylor SJ y Bogdan R. Ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1992. P 15-27.
27. Canales FH, Alvarado E y Pineda B. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. Washington, DC: OPS; 1994.
28. Hernández E., Saldaña A. Guía práctica para el desarrollo de investigación, Universidad Veracruzana, México; 2002.
29. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En delgado JM, Gutiérrez Juan. Editores. Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicología.1994.
30. Taylor SJ y Bogdan R. Ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1992. P 15-22.
31. Taylor SJ y Bogdan R. Ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1992. P 163.
32. Hernández G.E. López G.L. Una aproximación al análisis cualitativo Vol. 3 no. 2 julio-diciembre, 1998.
33. Galindo J. Sabor a Ti, Metodología Cualitativa e Investigación Social, Universidad veracruzana: México; 1997.
34. Valles M.S. Técnicas cualitativas de la Investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis sociológica, 1997.
35. Tarrés M. Observar, Escuchar, y Comprender, Sobre la tradición cualitativa en la investigación social, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Ed. Porrua, El Colegio de México, FLASCO, México; 2001Tárres M. O.
36. Hernández G.E. López G.L. Una aproximación al análisis cualitativo Vol. 3 no. 2 julio-diciembre, 1998.
37. Taylor SJ y Bogdan R. Ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1992. P 15-27.
38. Gobierno Federal. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México. 2007. pág. 28.
39. Gobierno Federal. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México. 2007. pág. 28.
40. Gobierno estatal de Veracruz. Secretaria de Salud. Programa sectorial de salud 2005-2010. México, 2007. pág. 23
41. Gobierno Federal. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México. 2007. pág. 29.
42. Anaya C,Marín M, Ortiz C. Diagnóstico de Salud del

Centro de Salud José A. Maraboto C. Xalapa:2005 febrero 6. Pág. 36.
43. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. SEREMI de Salud Cuarta Región. Diagnóstico Situación de Salud Cuarta Región, Coquimbo.2005. pág. 118.
44. Gobierno estatal de Veracruz. Secretaria de Salud. Programa sectorial de salud 2005-2010. México, 2007. pág. 23
45. Gobierno Federal. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México. 2007. pág. 69.
46. Laurence M. Tierry,Jr., Sthephan J. Macphee, Máxime A. Papadakis. Diagnostico clínico y tratamiento:46ª ed. Mcgraw-Hill; 2003.
47. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. SEREMI de Salud Cuarta Región. Diagnóstico Situación de Salud Cuarta Región, Coquimbo.2005.
48. Rolando Sánchez Serrano. La observación participante. En Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Colegio de México. Porrúa 2001.
49. Cortes SC. Desarrollo de habilidades estadísticas para la elaboración de protocolos (Antología en Disco Compacto). México: Dirección General de Desarrollo Académico-Universidad Veracruzana; 2005.

AGRADECIMIENTOS

En este trabajo agradecemos al director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Enrique Hernández Guerson, por su apoyo para la realización del diagnóstico de salud. De igual forma agradecemos al director de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Dr. José Adolfo Rojas de Anda; así como a las maestras, Lucía Domínguez Grijalva y Georgina del Carmen Azamar Arizmendi; y al promotor de salud Rodolfo Baizabal Rodríguez por las facilidades que nos dieron para la obtención de la información necesaria para la realización del trabajo. A todos los maestros que conforman el cuerpo de docencia en la maestría de salud pública, por darnos los conocimientos necesarios. Al Dr. Francisco Vázquez Nava por su apoyo y tutoría externa. Al maestro Gabriel Riande Juárez por su tiempo y dedicación para las revisiones de nuestro trabajo.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10 DEL IMSS 2007

José Arturo Córdova Fernández
Rebeca Fernández Villaescusa
Eliza Mireya Vázquez Rodríguez

Asesor interno: Mtro. Gabriel Riande Juárez
Asesor externo: Dra. Georgina Azamar Arizmendi
Dr. Francisco Vázquez Nava

1. RESUMEN

Objetivo. Evaluar los daños a la salud de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz, así como identificar las percepciones de los directivos, prestadores de servicios y derechohabientes del proceso de salud-enfermedad.

Material y métodos. Se trata de una investigación de carácter bimétodo, de tipo exploratorio, descriptivo, transversal y observacional, realizado en el año 2007, en cuanto al enfoque cuantitativo se conto con un universo de 47,435 con un tamaño de muestra no=268 derechohabientes, se utilizo un muestreo aleatorio simple. Se analizaron las variables establecidas para los daños priorizados. Para el análisis de los resultados se utilizaron promedio, frecuencias, incidencias y porcentajes. El enfoque cualitativo se tomaron tres diferentes tipos sociales: directivos, prestadores de servicios y usuarios. Por cada tipo social se registraron dos variables discursivas utilizando como técnica la entrevista individual focalizada. Se utilizaron para el análisis los procesos de transcripción, verificación, validación, depuración y mapa de códigos.

Resultados. Los daños a la salud con mayor presencia en la recolección de la información fue la asociación que tenían las enfermedades crónico degenerativas con la hipertensión arterial sistémica con un 18 por ciento y la Diabetes mellitus 2 en un 11.4 por ciento. Obtuvimos la perspectiva y los retos de las entrevistas realizadas a los directivos, prestadores de servicios y derechohabientes.

Conclusión. En este estudio hemos querido mostrar la posibilidad que presentó la consolidación de la metodología cualitativa y cuantitativa en investigación de salud. La importancia de la etapa cualitativa radicó en poder identificar las percepciones de los actores sociales en cuanto al estado de salud-enfermedad de los derechohabientes y de los retos que se presentan para la unidad, en tanto que la etapa cuantitativa permitió identificar los principales daños a la salud. Esto en conjunto nos puede resultar muy valioso a la hora de poner en marcha nuevos programas de salud pública, ya que es un estudio que va más allá de lo que se podría hacer con un solo método.

2. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo contiene los elementos para la realización del diagnóstico de salud en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Xalapa, Veracruz, correspondiente al año 2007. Con el cual identificamos cuáles son los daños a la salud que se presentan en esta unidad.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es conocer cuál es el comportamiento de las tasas de mortalidad y morbilidad en la UMF No. 10 del IMSS, esto nos permite identificar los problemas que prevalecen en esta institución.

Para realizar el análisis de este diagnóstico de salud buscamos obtener perspectivas diferentes de acuerdo a los métodos cuantitativo y cualitativo. El interés por realizar este diagnóstico de salud es, no sólo para conocer las causas de la problemática en salud, sino proponer recomendaciones para mejorar la calidad de vida de la población derechohabiente usuarios y adscritos.

Desde la perspectiva cuantitativa, se buscó conocer en la población usuaria encuestada algunas variables como su nivel de vida, actividad laboral, nivel económico, características de las viviendas, urbanización, servicios públicos y enfermedades específicas de las cuales eran portadores ellos y sus convivientes. De igual forma se realizaron entrevistas cualitativas a directivos, prestadores de servicios, en donde se investigó sobre los retos a desarrollar en salud y a los derechohabientes, con la intención de identificar su perspectiva en cuanto a la atención prestada.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas, una de ellas es la importancia de prevenir en los

derechohabientes adscritos y usuarios las enfermedades que atacan a los principales grupos de edades que se manejan en la clínica.

Por otra parte, podemos decir que buscamos la obtención de resultados para establecer los indicadores demográficos, fuentes de información, frecuencia de los sucesos, los factores condicionantes del nivel de salud actual y realizar la priorización de daños de los problemas identificados.

Profundizamos la indagación de información desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa el cual fue un interés académico. Así mismo nuestra finalidad fue aportar estadísticas recientes sobre los problemas priorizados.

3. MARCO REFERENCIAL

Argumentación teórica

Etimológicamente el concepto diagnóstico proviene del griego, tiene dos raíces, dia que es "a través de, por" y gignoskein, que es "conocer"; así, etimológicamente significa conocer a través de. El concepto de este significado es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo, es el análisis de la naturaleza de algo[1].

El diagnóstico de salud consiste en una investigación en salud pública, cuyo propósito es evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de problemas detectados[2]. También se puede definir como un tipo particular de investigación, cuyo objetivo es conocer las características de salud-enfermedad de una población o comunidad en particular[3], en determinado momento de su desarrollo histórico, esto relacionado con las necesidades sentidas, expresadas y normativas, sirviendo así como base de la planeación de los servicios de salud.

Es un instrumento importante, reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que nos permite conocer de forma precisa el estado de salud de la población e identificar los diferentes problemas, factores de riesgo, necesidades sentidas, demandas de los ciudadanos, análisis de los servicios y de los recursos disponibles en función del bienestar social. En el proceso de realización de éste instrumento, se producen intercambios con líderes formales e informales, prestadores de salud, así como con la población, permite realizar una determinación más aproximada de las prioridades, traerán como resultado la toma de decisiones objetivas, es decir, los participantes activos en el diagnóstico de salud son los trabajadores de la salud, por una parte, y la población, por la otra, con sus organizaciones políticas[4,5].

Este tipo de diagnóstico sirve para fundamentar acciones para la prevención y control de las enfermedades.

Mejorar los niveles de bienestar y utilidad social de la población estudiada. Cuando hablamos de salud colectiva de una población, debemos ver a ese grupo como un todo y no como una mera agrupación de individuos. Se puede definir como comunidad al: grupo reunido o disperso, de morada fija o migratoria, que presenta diversos grados y diferentes formas de organización y cohesión social. Sus miembros comparten, en distintos grados, características socioculturales, socio-económicas y socio-políticas, así como aspiraciones, intereses y problemas también comunes, incluidos los de la salud[6]. La extensión del diagnóstico de salud puede abarcar desde la familia, cualquier grupo, todo un estado, una institución o hasta una nación.

Para realizar el diagnóstico de salud de la Unidad Médica Familiar N°10 del IMSS Xalapa, Ver., se hace uso de un diagnóstico de tipo administrativo ya que es el diagnóstico clásico de la planificación normativa; porque mide recursos, cuantifica metas, relaciona unos y otras mediante procedimientos que se aproximan a alguna forma de evaluación, lo que implica alguna situación óptima. Su enfoque es básicamente funcional, objetivo, traduciéndose en una práctica teórica busca: lógica de la programación.

El estado de salud se examinará según las tradicionales categorías biológicas, tanto para identificar subgrupos poblacionales, como para caracterizar su situación en el aspecto considerado. Es decir, la demografía seguirá las líneas marcadas en la lógica demográfica, dividiendo la población por sexo, edad y ubicación geográfica (macrolocalización: urbana, rural, regiones), en tanto para las enfermedades se utilizarán las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)[7], traumatismos y causas de defunción.

Así mismo consideramos que es importante incluir en el diagnóstico de salud el enfoque cualitativo, porque permitirá conocer la percepción de los usuarios, del prestador de servicios y del directivo y con esto se podrá contribuir en las propuestas de intervención y recomendaciones para la mejora de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS de Xalapa, Ver.

A diferencia de la investigación en otros ámbitos sociales, los estudios empíricos en las ciencias de la salud que combinan técnicas cuantitativas y cualitativas no son comunes[8]. La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos, hará de este un estudio más completo, la metodología cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.[6] La metodología bimétodo tiene el fin de ampliar el horizonte de las respuestas a las preguntas de investigación del presente estudio.

Argumentación empírica

En México existen diversas investigaciones de esta índole. Tal es el caso del estudio de "Las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia" en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Tlaxcala, en el periodo 1999-2000, con una muestra de 1200 familias por muestreo polietápico. Se obtuvo información de 1,112 familias (4,425 personas), encontrándose como resultado que el 19.2 por ciento de las familias tenían un nivel socioeconómico muy bajo y un 14.9 por ciento de los sujetos no tuvo derecho a la Seguridad Social. Así mismo se encontró que el 12.6 por ciento de las familias tenía al menos un miembro analfabeto. Otro resultado fue que de acuerdo con el resultado del test de Apgar familiar, el 93 por ciento de las familias era funcional y los dos tercios de las familias se clasificaron como nucleares. La cobertura de los programas de detección de cáncer cervicouterino y de mama en las mujeres fue del 51,1 y el 36,9 por ciento, respectivamente. Sólo en el 25 por ciento de la población adulta se realizaron pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial. El 10,9 por ciento de la población refirió tener alguna enfermedad crónica. El 56,4 por ciento de las familias consideró que la calidad de la atención fue buena y el 18,13 por ciento estuvo satisfecho con la atención recibida. Finalmente se concluyó que el diagnóstico de salud familiar es importante en el proceso de evaluación de las necesidades de salud en la población para la jerarquización de problemas, así como para el desarrollo de los programas de salud que permitirán una mayor equidad en la atención[9].

Otra investigación sería la de tipo exploratoria, descriptiva, que obtuvo la información actualizada mediante un diagnóstico preliminar de salud como indicador del desarrollo humano que reflejó el nivel de bienestar y las carencias de los habitantes residentes en el municipio de Bustamante, Tamaulipas México, considerado por el INEGI (2000) como municipio de menor nivel en el estado. Fueron encuestadas 99 familias con un total de 434 integrantes. El estudio corrobora la necesidad de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud como estrategia básica para incrementar la capacidad de las regiones para contribuir al desarrollo de la comunidad[10].

Otro diagnóstico es el de Ipazoltic, San Martín Hidalgo, Jalisco del año 2007, en el que se realizó un estudio descriptivo y transversal para evaluar la situación de salud de la comunidad, se llevó a cabo un censo donde su universo estuvo conformado por 70 viviendas, donde vivían 259 habitantes. Una diferencia relevante en este diagnóstico con el primero del mismo municipio, fue que aparte de las técnicas cuantitativas, se utilizaron técnicas de enfoque cualitativo, observación participativa y entrevistas, sin embargo no se describen los resultados ampliamente en este último enfoque[11].

No hay que olvidar que en este diagnóstico de salud se utilizó un enfoque bimétodo, por ende hay que mencionar algunas investigaciones que utilizan el enfoque cualitativo, para ubicarnos en lo que será tratado a partir de éste. Diversos estudios de percepción del proceso salud-enfermedad se refieren más a la pregunta: en los últimos doce meses "¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?", que se utiliza en algunas encuestas de salud, pero con una dirección cuantitativa tal es el caso se puede observar en la investigación de "Percepción del estado de salud" del año 2003 en España, en donde se cruzaron variables como la respuesta a la pregunta antes mencionada y edad, sexo, IMC, entre otras[12].

Pero en el presente estudio, la percepción de salud se contextualizará de otra manera, su objetivo en indagar acerca de los aspectos que dan cuenta sobre este tema, por lo que esta parte tiene una dirección cualitativa, para finalmente articularlo con la parte cuantitativa y verlo como un todo.

Así que un estudio que más orientado a lo que es la perspectiva cualitativa, sería el estudio de Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta, Argentina; se encontró que el proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar; los resultados mostraron que la percepción está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico, así mismo observaron que la resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación fundamentalmente, opacaba la percepción de un problema de salud, finalmente señalan que la organización del Sistema Sanitario, así como las relaciones que en su interior se establecen entre los usuarios y los prestadores, desestimulan la concurrencia a los centros asistenciales[13].

Ahora bien, un estudio que se acerca un poco más a la metodología de nuestro estudio (cabe recalcar que no es muy similar en el tema), por combinar los métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación en salud, es el trabajo de Masdeu y col.(2005), Aproximación al estado salud percibido y al apoyo recibido en pacientes con enfermedades crónicas, en el método cuantitativo se hizo un estudio prospectivo de 88 pacientes hospitalizados entre agosto del 2004 y marzo 2005, los pacientes respondieron un cuestionario al ingreso y al mes de alta que incluía datos sociodemógraficos, con los siguientes tópicos: la autonomía de las actividades de la vida diaria, sobre el estado de salud y el apoyo social; los factores asociados al estado de salud se analizaron mediante modelos lineales generalizados; en cuanto a lo cualitativo se realizaron entrevistas semiestructuradas a 10 pacientes entre el mes y los dos meses del alta hospitalaria, los principales temas de las entrevistas incluían la percepción de los cambios de la vida diaria tras la enfermedad, la percepción de la propia enfermedad, las principales necesidades y el apoyo recibido (cuidados), después de la transcripción de las entrevistas se procedió a un análisis de contenido; lo anteriormente mencionado dio como resultado que el análisis estadístico indicó que los pacientes estaban satisfechos con el apoyo recibido y que sus necesidades estaban cubiertas. Sin embargo, en las entrevistas, las mujeres expresaron incomodidad y angustia por la pérdida de autonomía y enfatizaron la necesidad de recibir afecto por parte de las personas cuidadoras mientras que los hombres mostraron inquietud por el restablecimiento de su relaciones sociales y en este caso se refirieron a cuidados instrumentales[8].

La investigación bimétodo permite observar la asociación o disociación entre los indicadores de salud y la percepción de la población en cuanto a su estado de salud-enfermedad. En un trabajo publicado por Aldereguía (1992) menciona lo que él nombró como "retos o desafíos" de la medicina social, y uno de estos retos, es la disociación entre la percepción de la salud individual y los indicadores de la salud de la población. Esto lo ejemplifica con el caso de los Estados Unidos, donde en el periodo de 1970 a 1990 mejoraron los indicadores de la salud de la población (aumentó la expectativa de vida y disminuyó la mortalidad infantil), pero empeoró la percepción subjetiva (del 55 al 61 por ciento) de la población. Consideramos importante esta paradoja, y como el autor mencionaba, este tema, aún en estudio, da una razón más para no marginar en la investigación medicosocial la percepción de los individuos sobre su estado salud-enfermedad, como parte imprescindible del conocimiento de la calidad de su vida[14].

Por otro lado, desde que abrió sus puertas, la Unidad Médica Familiar N°10 del IMSS de Xalapa, Veracruz, realiza un diagnóstico anual, el cual incluye el periodo de julio a junio, en coordinación de un epidemiólogo y con la cooperación de el director, jefes de departamento clínico (matutino y vespertino), administrador de la unidad, el encargado del área de archivo, personal del área de trabajo social y promoción a la salud, jefe de enfermeras y del área de laboratorio. El último diagnóstico se realizo en el año del 2006, incluyendo 2005-2006 y se dividía en 5 capítulos, siendo el capítulo 1 el de la Demografía donde se describen las características demográficas (¿cuántos y quiénes son?) tales como la población total, su distribución en colonias o barrios y por grupos quinquenales de edad, su organización familiar, su estado civil y religión. El Área de influencia se encuentra en el capítulo 2 haciendo reseña a las características generales del área a diagnosticar, dentro de las cuales esta la localización geográfica, las localidades, colonias o barrios que integran el área, sus características físicas relevantes del área y sus daños a la salud. Dentro del capitulo 3 y 4 se habla de la Mortalidad y la Morbilidad respectivamente, dentro de la mortalidad están los registros del hospital del IMSS N°11 y la morbilidad se obtiene a partir de la consulta externa. El tema de los Recursos se desarrolla en el capítulo 5, haciendo referencia a los recursos humanos, recursos financieros y recursos materiales. Como conclusión del diagnóstico de salud del año 2006, la Unidad realizó jerarquización de los problemas de salud. [15]

Los tres principales problemas de salud, jerarquizados de acuerdo a las necesidades a priorizar, fueron los siguientes: en primer lugar diabetes mellitus , en segundo lugar infecciones de vías respiratorias agudas y en tercer lugar hipertensión arterial. También reportaron un alto índice de analfabetismo con el 10.6 por ciento, también se encontró que el 18.72 por ciento de las viviendas tienen piso de tierra y el 22.22 por ciento de las viviendas tienen hacinamiento. Se recomendó evaluar la productividad y la cobertura de los programas, para observar si se obtuvieron los resultados que se esperaban[15].

De igual manera, no hay que olvidar la información que se proporciona en el Programa Nacional de Salud, que sirve de referente para el presente estudio, como ejemplo de esto, es el sobrepeso y la obesidad, factores de riesgo que representan una problemática que se enfrenta a nivel nacional, su prevalencia en adultos se incrementó de 34.5 por ciento en 1988 a 69.3 por ciento en 2006 (39 por ciento sufre de sobrepeso y otro 30 por ciento de obesidad), así mismo las prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años y en adolescentes en México ascienden a 26 y 31 por ciento, respectivamente. El sobrepeso y la obesidad se asocian con varias de las principales causas de muerte, entre ellas la diabetes, en la actualidad aproximadamente más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que corresponde a una prevalencia de 8 por ciento. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20 por ciento. Otra patología que se puede asociar al sobrepeso y la obesidad es la hipertensión. La prevalencia de dicha enfermedad en la población de 20 años y más en México es de 30.8 por ciento. Después de los 60 años de edad la prevalencia asciende a 50 por ciento en los hombres y casi 60 por ciento en las mujeres[16].

El presente diagnóstico comprende el periodo 2006-2007, investigando sobre los daños a la salud, los factores de riesgo, los recursos para la salud y la percepción de los actores sociales (directivos, prestadores de servicio y usuarios).

Marco contextual

Ahora bien se tiene que recordar que en esta investigación, el diagnóstico de salud que se elaboró es de una institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en particular de una Unidad de Medicina Familiar (UMF Núm. 10) en Xalapa, Veracruz por lo que es importante centrarnos en la institución en cuestión.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se creó el 19 de enero de 1943. Estaba compuesto por una estructura tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. Al inicio el Seguro Social protegía solo al trabajador. Como un avance en relación con otras instituciones extranjeras, a partir de 1949, los beneficios se extendieron a los familiares, contribuyendo decisivamente en el mejoramiento de su nivel de vida y su bienestar[17].

Conforme al tiempo, en el país, el Seguro Social fue acreditándose por lo que fue imprescindible apresurar la construcción de clínicas y hospitales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social inició sus actividades en el estado de Veracruz a finales de 1961, con 20 451 asegurados del régimen ordinario urbano, 924 patrones y una población derechohabiente de 60 676 personas, en los municipios de Xalapa, Veracruz, Coatepec, Coatzacoalcos y Minatitlán.[17] La UMF 10 ubicada en la calle Nicolás Bravo número 46 entre J. M. Morelos y Pavón y prolongación de Sebastián Camacho en Xalapa Veracruz, inicia sus actividades como tal el 16 de mayo de 1986[16].

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Argumentación o justificación

El objetivo de cualquier ciencia es adquirir conocimientos y elección del método adecuado que nos permita conocer la realidad[1], es por eso que en la UMF No 10 del IMSS se realizan los diagnósticos de salud anualmente. El del 2006, nos toca realizarlo, desde nuestra perspectiva estudiamos la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en la realización del diagnostico de salud. Pretendemos lograr un análisis exhaustivo, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular.

La importancia de realizar un estudio bimétodo como éste es que por parte del método cuantitativo podemos recoger y analizar datos sobre las variables, el método cualitativo evita la cuantificación de datos pero permite a los investigadores obtener registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y la entrevista no estructurada, de esta forma la unión de ambos estudios nos ayuda a corregir las limitaciones propios de cada método , es por esto que tenemos que continuar realizando estas evaluaciones para tener una visión de cómo va evolucionando nuestra población en cuanto a salud se refiere.

Escenario del diagnóstico

Para la realización de este trabajo de investigación, la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS nos facilitó sus instalaciones para su realización, de igual forma obtuvimos el apoyo de nuestros asesores externos, ayudándonos a obtener toda la información en cuanto a estadísticas de esta institución se refiere, nos organizaban las citas con los grupos de entrevistas los cuales teníamos que realizar para el apartado cuantitativo, nos proporcionaron la colaboración de dos internos de pregrado para que se nos apoyara en la realización de algunas encuestas por lo que le dimos la capacitación necesaria para que realizáramos las encuestas lo más fidedignamente posible y sin margen de erros, aunque podemos mencionar que la gran mayoría de las encuestas fueron realizadas por los integrantes de nuestro equipo.

Preguntas de investigación

Cuantitativa. ¿Cuáles son los factores de riesgo del proceso salud-enfermedad, en la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar N° 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz y cuáles son los recursos que se cuentan para su atención, durante el año 2007?

Cualitativa. ¿Cuál es la percepción sobre el proceso de salud-enfermedad de los usuarios, prestadores de servicio de salud de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz y cómo percibe el área directiva, de dicha unidad, los retos a resolver referentes a la atención de la población derechohabiente?

5. OBJETIVOS

General

Evaluar los daños a la salud, sus factores de riesgo y los recursos con que se cuenta para la atención de la población derechohabiente de la UMF No. 10 del IMSS de Xalapa, Veracruz, así como identificar las percepciones que sobre el proceso de salud- enfermedad y su atención tienen los directivos, usuarios y prestadores de servicio.

Específicos

Cuantitativos
a) Establecer la incidencia y prevalencia de los principales daños a la salud.
b) Establecer la asociación existente entre los factores de riesgo y los principales daños a la salud.
c) Analizar los recursos para la salud que se disponen para la atención de los principales daños.
d) Proponer alternativas para mejorar las condiciones de salud de la población.

Cualitativos
El presente estudio de investigación en cuanto al enfoque cualitativo no incluye objetivos específicos debido a que generalmente las investigaciones con esta perspectiva tienen características como son la flexibilidad y a su vez son dinámicas, es decir se adaptan en función de la realidad que se esta indagando.

6. METODOLOGÍA

Se trata de una investigación de carácter bimétodo, es decir, se integran tanto el método cuantitativo y cualitativo, creemos que cada forma de investigación resulta útil tanto para la comprobación como para la generación de la teoría[18], ambas perspectivas son vistas como una posibilidad de ofrecer una visión más amplia y complementaria a las preguntas formuladas en el problema de investigación[19].

Abordaje cuantitativo

Tipo de estudio
a) Según el análisis y alcance de los resultados: exploratorio y descriptivo
b) Según el periodo y secuencia del estudio: transversal
c) De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: observacional.

Diseño

Para calcular el tamaño de la muestra y para la selección de individuos que fueron estudiados, se utilizó un Muestreo Aleatorio Simple. Se identifico a los derechohabientes en el año 2006, identificando un universo de 47,435 y a partir de éste se calculó el tamaño de muestra que fue de n=268. La selección fue de acuerdo a la demanda existente para cada consultorio en los diferentes turnos, se eligieron al azar, hasta completar el número de individuos a estudiar por consultorio y turno.

A los individuos seleccionados se le aplicó un cuestionario para obtener información de los daños a la salud, los factores de riesgo, las características demográficas, socioculturales y económicas, de él y sus convivientes en su domicilio; así mismo se exploró sobre ciertas características de los servicios de salud que reciben.

Descripción del universo y muestra

Cálculo de la muestra

Para el cálculo de la muestra se realizó una fórmula con los siguientes elementos; un universo (N) que fue de 47,435 derechohabientes; una probabilidad o un nivel de significancia (P) de 0.5; un margen de error (d) de 0.06; y un nivel de confianza (z) de 1.96, lo cual equivale al 95 por ciento. Mediante el despeje de esta fórmula, se obtuvo una muestra de 267 sujetos a estudiar se aplicó una segunda fórmula, para identificar si era necesario ajustar la muestra usando como elementos a la muestra como tal (n) y al universo (N), obteniendo un valor de 0.005, que como resulto menor a 0.5 no requirió de ajuste; esto se puede ver a continuación:

Población derechohabiente: 47 435

a) N= 47 435
b) P= 0.5
c) d= 0.06
d) z= 1.96

$$n_0 = (1.96)^2 \frac{0.5(1-0.5)}{(0.06)^2} = 384 \times \frac{0.5(1-0.5)}{(0.06)^2} = 384 \times \frac{0.5(0.5)}{0.0036} = \frac{0.96}{0.0036} = 266.66$$

$$n = 266.66 / 267 = 0.005 \quad n/N = \frac{267}{47435}$$

Fueron 268 encuestas realizadas. La unidad de muestreo fueron los derechohabientes que asistieron a consulta a la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz, por consultorio, en el periodo comprendido entre Diciembre de 2007 a Enero de 2008. La recolección de datos se hizo en los 10 consultorios en los cuales se prestan los servicios de medicina familiar dentro de la misma Unidad, de lunes a viernes. Para la selección de los sujetos a encuestar se utilizaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

a) Derechohabientes al IMSS adscritos en la UMF No. 10 en Xalapa, Ver.
b) Derechohabientes que asistieron a la consulta de medicina familiar.

Criterios de exclusión

a) Derechohabientes que no aceptaron participar en el estudio.

Criterios de eliminación

a) Derechohabientes que no contestaron el cuestionario en más de un 60 por ciento.

Criterios de sustitución

a) Aquel derechohabiente al que se le aplicó el criterio de eliminación, fue sustituido por el siguiente usuario del mismo consultorio.

Priorización de daños

Aspectos básicos y criterios de priorización

Priorizar implica seleccionar aquellos daños que, por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, pueden y deben ser sujetos a una intervención que los elimine, disminuya, controle y/o prevenga[17]. A continuación presentamos las tablas que contienen las variables, sus definiciones conceptuales, dimensiones, definiciones operacionales, fuentes de información e indicadores, para la priorización de la mortalidad y morbilidad. Ver tabla 1 y 2

Tabla 1. Definiciones, dimensiones, fuentes de información e indicadores para la priorización de la morbilidad

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente de información	Indicador
Morbilidad	Permite conocer de qué se enferman o que padecen los habitantes de una región.	Magnitud	Número de casos nuevos entre la población en riesgo.	Sistemas de Información oficiales	Incidencia acumulada. (IA)
		Trascendencia	Numero de defunciones por causa entre población en riesgo.		Tasa de mortalidad por causa específica. (TMC)

Tabla 2. Definiciones, dimensiones, fuentes de información e indicadores para la priorización de la morbilidad

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente de información	Indicador
Mortalidad	Permite conocer las causas por lo que fallece la población.	Magnitud	Número de defunciones, por causa específica, para cada grupo de edad, entre la población total del grupo etáreo del periodo correspondiente.	Sistemas de Información oficiales	Tasa de mortalidad por causa específica. (TMC)
		Trascendencia	Sumatoria de los años que los individuos dejan de vivir, según la esperanza de vida, para un período en particular.		Años de vida potencialmente perdidos. (AVPP)
		Vulnerabilidad	Comparación de las defunciones observadas, en una población determinada y para una causa específica, con respecto a las que se podrían esperar si se aplicaran tasas específicas de mortalidad de una población diferente		Razón estandarizada de mortalidad. (REM)

Proceso de priorización y resultados

Al realizar la priorización de Mortalidad, en la Unidad Médica Familiar No.10 del IMSS, se encontró que las principales causas fueron cirrosis hepática, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Para la priorización de mortalidad se multiplicó, las tasas específicas por causa, los años de vida potencialmente perdidos y la razón estandarizada de mortalidad, obteniendo de esta manera los resultados señalados. Ver tabla 3

Tabla 3. Priorización de Mortalidad en Unidad Médica Familiar No.10 del IMSS, Xalapa, Veracruz del 2006

		Casos	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad		
Enfermedades	CIE[a]	Número	Porcentaje	Tasas específicas por causa[b]	AVPP[c]	REM[d]	Priorización
Cirrosis hepática	K70-K76	14	13.08	3.0	275	33.92	27527.5
Diabetes Mellitus	E11-E14	37	34.58	7.8	576.5	6.02	27080.4
Enf. Hipertensivas	I10-I15	14	13.08	3.0	189.5	19.03	10640.9
Insuficiencia renal	N17-N18	14	13.08	3.0	179	10.49	5543.0
Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	10	9.35	2.1	105	5.78	1279.4
Total		18	16.82	3.79			
		107	100	22.55			

a CIE: Clasificación Internacional de enfermedades
b Tasas por 100,000 habitantes
c AVPP: Años de vida potencialmente perdidos.
d REM: Razón estandarizada de mortalidad.
Fuente: Base de datos del archivo Clínico de la Unidad Medico Familiar No.10 IMSS, Xalapa, Veracruz del año 2006

La morbilidad de la Unidad Médica Familiar No.10 del IMSS fue priorizada y las principales causas fueron: las Infecciones de Vías Respiratorias Superiores, Infecciones de Vías Urinarias y la Diabetes Mellitus. Para la priorización de morbilidad se multiplicó la magnitud por la trascendencia, obteniendo de esta manera los resultados señalados. Ver tabla 4.

Tabla 4. Priorización de Morbilidad en Unidad Médica Familiar No. 10 del IMSS, Xalapa, Veracruz del año 2006

Enfermedades	CIE[a]	Casos	Tasa de incidencia	Tasa de mortalidad	Priorización	
			Magnitud	Defunciones	Trascendencia	
Enf. crónicas vías resp. Sup.		196	41.3	8	1.7	69.7
Diabetes	E11-E14	204	43	37	7.8	335.5
Ots trast del sistema urinario	N99	836	192.1	20	4.2	809.9
Infecc vías resp. Inf. agudas	JOO-J06	3956	909	5	1.1	958.1

***a**.CIE: Clasificación Internacional de enfermedades*
b.Tasa por 100,000 habitantes
c.Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: Base de datos del archivo Clínico de la Unidad Medico Familiar No.10 IMSS, Xalapa, Veracruz del año 2006
Variables e indicadores para el análisis

Para el análisis de la información se precisaron diferentes variables, agrupándolas en: demográficos, que incluyó a la edad, el sexo, el crecimiento natural y el lugar de residencia; epidemiológicos, que incluyó a las causas de morbilidad y mortalidad que fueron priorizadas, tanto para la UMF No. 10 del IMSS, como para otros establecimientos de instituciones que atienda a diferentes grupos poblacionales de la ciudad de Xalapa, Veracruz, factores de riesgo, para las causas priorizadas sub-agrupados en biológicos, socioculturales y ambientales; económicos que incluye nivel dividida y condición de la actividad económica, finalmente, recursos, servicios y programas de salud, que incluye a rendimiento de consulta por hora médico, cobertura de programas para patologías crónicas priorizadas, derechohabiencia, uso de servicios y su percepción de la calidad de los mismos. Ver tabla 5, 6 y 7.

A continuación se presentan las variables por grupo, con definiciones conceptual y operacional con sus dimensiones, fuente de información, escala de medición, indicador e índice, si fuese el caso.

El análisis demográfico

Tabla 5. Variables demográficas, morbilidad

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Edad	Años cumplidos que tiene la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.		Edad proporcionada por el entrevistado, de cada uno de los integrantes de la vivienda.	Cuestionario	Discreta	Frecuencia absoluta y porcentaje de la población por grupos de edad y sexo.
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.		Sexo declarado por el entrevistado, de cada uno de los integrantes de la vivienda, hombre o Mujer.	Cuestionario	Nominal	Frecuencia absoluta de sexo. Razón hombre mujer. Porcentaje de la población por sexo
Crecimiento Natural	Diferencia entre el número de nacimientos y muertes de una población, en un periodo de tiempo determinado.	Nacimientos ocurridos en 2006	Número de nacimientos en el 2006, según declaración del entrevistado, entre la población total en donde ocurrieron esos nacimientos, por 1000	Cuestionario	Continua	Tasa de natalidad de una población – Tasa bruta de mortalidad
		Defunciones ocurridas en 2006	Número de defunciones ocurridos en el 2006, según declaración del entrevistado, entre la población total en donde ocurrieron esas defunciones por 1000	Cuestionario	Continua	
Lugar de residencia	Localidad o colonia donde reside la persona.		Localidad o colonia donde se localiza la vivienda de la persona entrevistada. Se consignará localidad para las personas que vivan fuera de Xalapa y la colonia para las personas que vivan dentro de Xalapa.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que reside en el municipio de Xalapa. Porcentaje de la población por colonia de residencia

El análisis epidemiológico

Tabla 6. Variables epidemiológicas, morbilidad

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del indicador	Escala de Medición
Morbilidad	Permite conocer de que se enferman o que padecen los habitantes de una región.	Infecciones respiratorias agudas (IRAS)	Casos nuevos acumulados de IRAS, ocurridos durante los últimos 30 días, previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de IRAS entre población en riesgo. Incidencia acumulada de IRAS, en el último mes previo a la entrevista.	Continua
		Enfermedades diarreicas agudas (EDAS)	Casos nuevos acumulados de EDAS, ocurridos durante los últimos 30 días, previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de EDAS entre población en riesgo. Incidencia acumulada de EDAS, en el último mes previo a la entrevista.	Continua
		Infección de vías urinarias (IVU)	Casos nuevos acumulados de IVU, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de IVU entre población en riesgo. Incidencia acumulada de IVU, en el último mes previo a la entrevista.	Continua
		Hipertensión arterial (HTA)	Casos conocidos de HTA en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos conocidos de HTA entre población en riesgo. Prevalencia de HTA, al momento de la entrevista.	Continua
		Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	Casos conocidos de DM2, en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de DM2, entre población en riesgo. Prevalencia de DM2, al momento de la entrevista.	Continua
		Alcoholismo	Casos conocidos de alcoholismo, en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de alcoholismo entre población en riesgo. Prevalencia de alcoholismo, al momento de la entrevista.	Continua

Tabla 7. Variables epidemiológicas, mortalidad

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del indicador	Escala de Medición
Mortalidad	Permite conocer las causas por lo que fallece la población.	Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la DM2, en los últimos 8 años en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la DM2, entre la población en riesgo. Tasa de mortalidad anual por DM2. Tasa de mortalidad por DM2 anual y por grupo de edad. Defunciones por DM2, entre el total casos conocidos de DM2, en los últimos 8 años. Letalidad por DM2, en los últimos 8 años.	Continua
		Cirrosis hepática (CH)	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la CH, durante los últimos 8 años.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la CH, entre la población en riesgo. Tasa de mortalidad anual por CH. Tasa de mortalidad por CH, anual y por grupo de edad.	Continua
		Infarto agudo al miocardio (IAM)	Defunciones conocidas a causa del IAM, durante en los últimos 8 años.	Cuestionario	Defunciones conocidas por IAM, entre la población en riesgo. Tasa de mortalidad anual por IAM. Tasa de mortalidad por IAM anual y por grupo de edad.	Continua
		Hipertensión arterial (HTA)	Defunciones conocidas por causas atribuibles a HTA, en los últimos 8 años, en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la HTA, entre la población en riesgo. Tasa de mortalidad anual HTA. Tasa de mortalidad por HTA, anual y por grupo de edad. Defunciones por HTA entre el total casos conocidos de HTA, al en los últimos 8 años. Letalidad por HTA, en los últimos 8 años.	Continua
		Accidentes de tránsito (AT)	Defunciones conocidas por causas atribuibles a AT, durante los últimos 8 años y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a AT entre la población en riesgo. Tasa de mortalidad anual por AT. Tasa de mortalidad por AT, anual y por grupo de edad.	Continua

FACTORES DE RIESGO PARA LOS DAÑOS PRIORIZADOS

Factores Biológicos

Son los que están relacionados con el hombre (genética, raza, edad y sexo); además de la presencia de un agente como son los virus, bacterias y parásitos[9].

Factores Socioculturales (Estilos De Vida)

Se entiende por sociocultural una forma de entender la realidad social, por ejemplo, un análisis del medio o un estudio de la educación, dan una visión más compleja y completa de los hechos culturales, es decir, generados por las personas en el medio social, en la interacción entre ellas y en relación con su entorno, teniendo en cuenta aspectos económicos, históricos, políticos, etc[19,20].

Factores Ambientales
Ambiente físico, social en que las personas viven y conducen sus vidas. Son externos a la persona e interactúan de manera positiva o negativa en el desempeño/realización del ser humano como miembro activo de la sociedad, en su capacidad o en sus estructuras y funciones corporales.[21,22]

También puede definirse como todo elemento o condición susceptible de actuar directamente sobre la integridad de los seres vivos. Se distinguen entre ellos los factores bióticos y abióticos.[21,22]

Factores Económicos (Nivel de Vida)
Se entiende, como bienestar social, al conjunto de factores que participan en el nivel de vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que den lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. El bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y se puede comparar, de un tiempo o espacio a otro[19]. Ver tabla 8

MORBILIDAD

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS)

Definición conceptual
Es el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un periodo inferior a 15 días.[23]

Definición operacional
Caso conocido de infección respiratoria en algún integrante de la vivienda menor de 5 o mayor de 60 años en los 30 días previos a la entrevista. Ver anexo 1.

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)

Definición conceptual
Aumento brusco en el número de las evacuaciones, un aumento en el volumen usual o un cambio en la consistencia de las mismas.[23]

Definición operacional
Caso conocido de niños menores de 5 años con tres o más evacuaciones anormalmente blandas o líquidas en 24 horas, por menos de dos semanas" [23] Ver anexo 2.

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVUS)

Definición conceptual
Enfermedad Infecciosa causada por microorganismos que afecta al aparato génito urinario.[23]

Definición operacional
Mujeres mayores de 15 años y más que han padecido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 30 días: ardor al orinar, ganas de ir a orinar y no poder, terminar de orinar a gotas, orinar con sangre. Ver anexo 3.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Definición conceptual
Elevación persistente y/o crónicas de las presiones arteriales sistólicas, diastólicas o ambas.[23]

Definición operacional
Se identificará como portador de hipertensión arterial a aquella persona que, según el informante, haya sido diagnosticada en el último año a la fecha con una presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg. Ver anexo 4.

ALCOHOLISMO

Definición conceptual
Enfermedad ocasionada por abuso de alcohol, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica. Esta última produce trastornos graves y suele transmitir por herencia otras enfermedades, especialmente del sistema nervioso[23].

Definición operacional
Algún habitante de la vivienda consume más de 7 copas a la semana. Ver anexo 5.

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Definición conceptual
El infarto al miocardio es el resultado de isquemia miocárdica prolongada provocada en la mayor parte de los casos por un trombo coronario oclusivo en el sitio de una placa aterosclerótica preexistente[23].

Definición Operacional
Caso conocido de infarto agudo al miocardio en algún miembro de la familia, reportado por el informante. Ver anexo 6.

ACCIDENTES DE TRÁNSITO POR VEHÍCULO DE MOTOR

Definición conceptual
Es cualquier accidente que implica un dispositivo diseñado principalmente, o empleado fundamentalmente en el momento del accidente, para transportar personas o mercancías de un sitio a otro.[23]
Definición operacional
Accidente de algún miembro de la vivienda por accidentes de tráfico por vehículo de motor los últimos 8 años reportado por el informante. Ver anexo 7.

MORTALIDAD

DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

Definición conceptual
Enfermedad metabólica caracterizada por la presencia de niveles elevados de glucosa en sangre, también llamada hiperglucemia, que puede estar producida por: una deficiente secreción de insulina, una resistencia a la acción de la misma, o una mezcla de ambas.[23]

Definición operacional
Muerte de algún miembro de la vivienda mayor de 20 años por diabetes mellitus tipo 2 en los últimos 8 años. Ver anexo 8.

CIRROSIS HEPÁTICA (CH)

Definición conceptual
La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado, consistente en la muerte progresiva del tejido hepático normal y su sustitución por tejido fibroso.[23]

Definición operacional
Muerte de algún miembro de la vivienda mayor de 20 años por cirrosis hepática en los últimos 8 años. Ver anexo 9.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Definición Arterial
Elevación persistente y/o crónicas de las presiones arteriales sistólicas, diastólicas o ambas.[23]

Definición conceptual
Muerte de algún miembro de la vivienda mayor de 20 años por HTA en los últimos 8 años. Ver anexo 10.

ACCIDENTES DE TRÁNSITO POR VEHÍCULO DE MOTOR

Definición conceptual
Es cualquier accidente que implica un dispositivo diseñado principalmente, o empleado fundamentalmente en el momento del accidente, para transportar personas o mercancías de un sitio a otro.[23]

Definición operacional
Muerte de algún miembro de la vivienda de 16 años y más por accidentes de tránsito por vehículo de motor los últimos 8 años. Ver anexo 11.

Tabla 8. Variables económicas.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Índice	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Nivel de vida	Disponibilidad de bienes materiales e instalaciones en la vivienda, que proporcionan comodidad, acceso a algunos medios masivos de comunicación o aligeran las tareas domésticas.	Nivel de vida alto, medio o bajo, determinado por la disponibilidad en la vivienda de: • Licuadora, • Radio o radio grabadora, • Televisión • Videocasetera, • Calentador de agua, • Refrigerador, • Teléfono, • Lavadora, • Computadora y • Automóvil o camioneta.	Se elaborará un índice ponderado, de acuerdo a los siguientes valores: Bienes Ponderación Licuadora 1 Radio o radio grabadora 2 Televisión 3 Videocasetera 4 Calentador de agua 5 Refrigerado r6 Teléfono 7 Lavadora 8 Computadora 9 Automóvil o camioneta 10 Nivel de vida bajo = 0 – 10 puntos Nivel de vida medio = 11 – 28 puntos Nivel de vida alto = 29 – 55 puntos	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de viviendas, según nivel de vida.
Condición de actividad económica	Situación que distingue a la población de 12 años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica, en la semana anterior a la aplicación del cuestionario	Personas de 12 años y más, de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o en se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías: -estudiantes, incapacitados permanentemente para trabajar, -jubilados o pensionados y personas dedicadas a los quehaceres del hogar		Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas de 12 años y más según condición de actividad: Inactivas: estudiantes, incapacitados, permanentemente para trabajar, jubilados o pensionados, personas dedicadas a los quehaceres del hogar. Activas: ocupados, desocupados

Variables de recursos, servicios y programas de salud

Dentro de estas variables encontramos el rendimiento de consultas por hora médico, la cobertura de los programas que atienen las patologías crónicas priorizadas, derechohabiente, utilización de servicios de salud, percepción de la calidad de los servicios de salud y la percepción de problemas en la prestación de servicios de salud. Ver Tabla 9.

Tabla 9. Variables de recursos, servicios y programas de salud.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Rendimiento de consultas por hora médico	Volumen de consultas que, en promedio, realiza cada médico de la unidad de salud, en una hora	Total de consultas efectuadas por el personal médico en un mes, del periodo de estudio, divididas entre el total de horas que laboraron todos los médicos, en el mismo periodo	Registro diario de actividades del médico. Registro de asistencia del personal médico	Continua	Número promedio de consultas por hora médico
Cobertra de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas	Es la relación de personas enfermas, por un daño en particular, que se encuentran en control médico, con respecto al total de personas enfermas por ese daño.	Total de personas detectadas en la encuesta, que declararon padecer alguna de las patologías crónicas priorizadas y que manifestaron estar en control médico, divididas entre el total de personas que declararon padecer dicho daño, expresado en porcentaje	Cuestionario	Continua	Porcentaje de cobertura de los programas de enfermedades crónicas priorizadas.
Derechohabiente	Derecho laboral para recibir servicios de salud, en una institución de seguridad social	Personas de la familia que según el informante, declara que tienen derecho a los servicios de salud, de cualquiera de las siguientes instituciones: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR o Ninguna de las anteriores.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas según institución de derechohabientes
Utilización de servicios de salud	Instituciones de servicios de salud que usa, con mayor frecuencia, la familia.	Las instituciones de salud que el informante declara, utilizan con mayor frecuencia los miembros de la familia: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, SESVER, privadas, tradicionales y otras	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas según utilización de los servicios por institución
Percepción de la calidad de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia.	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud, que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buena, regular, mala	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión de la calidad de los servicios de salud, que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena, regular o mala.
Percepción de problemas en la prestación de servicios de salud	Percepción que tienen los alumnos de la MSP derivada de la observación cotidiana de la operación de los servicios de salud de su sede de prácticas de campo.	Opinión que emiten los alumnos sobre los problemas que perciben en la prestación de servicios de salud en su sede de práctica profesional.	Observación y Reporte semanal de actividades de prácticas profesionales.	Cualitativa, descriptiva.	No hay, sólo es una descripción.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Mecanismos y técnicas de recolección de información.
Dentro de las técnicas y mecanismos de recolección de información, en el enfoque cuantitativo, contamos con:

a) Revisión Documental, a partir de sistemas de información institucionales tales como el Sistema de Información Médico Operativo (SIMO), Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), archivo clínico, Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Sistema de Información Médico Familiar de Salud (SIMFS) y el expediente clínico electrónico.
b) Encuesta, con la cual se obtuvo información, para la investigación, de la población derechohabiente.
c) Observación, para describir el entorno de la Unidad de Medicina Familiar No.10 del IMSS en Xalapa, Veracruz.

Instrumentos de recolección de información

a) Cuadros tabulares donde se vaciaron la estadística del instituto obtenida en la revisión documental.

b) Cuestionario, utilizado en la encuesta previamente codificada, el cual se procesó por medios electrónicos. Dicho instrumento está conformado por 17 secciones, las cuales son: identificación, características demográficas, personas de 12 años cumplidos y más, defunciones, características de la vivienda, menores de 5 años, responsable del menor de 5 años, mayores de 60 años, diabetes, hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, cirrosis hepática, infección de vías urinarias y accidentes y conductores. El cuestionario cuenta con 150 preguntas, de las cuales 17 son abiertas y 133 cerradas, siendo 29 dicotómicas y 104 de opción múltiple.

c) Notas de campo, se realizaron durante la observación del entorno de la UMF No. 10.

Validación de instrumentos
Para la validez de constructo, partimos de precisar la pregunta de investigación y los objetivos, los cuales fueron traducidos en variables, estos a su vez en indicadores y luego a preguntas para ver que estas nos fueran útiles; posteriormente comparamos que las posibles respuestas a las preguntas concordaran y cumplieran con la pregunta de investigación y los objetivos planteados.

Resultados de la prueba piloto
Se realizó la prueba piloto, con la aplicación de 10 encuestas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS, en el turno vespertino, durante la cual no tuvimos ningún tipo de contratiempo en la aplicación del instrumento. Dado a la extensión del cuestionario, el tiempo promedio de aplicación fue de 25 minutos.
Posterior a la aplicación del cuestionario, en la prueba piloto, se detectaron problemas en la redacción y estructura de las preguntas, en la codificación de las respuestas y en los saltos de preguntas. Esto fue revisado conjuntamente con el cuerpo académico del instituto de salud pública (ISP) y los alumnos de la maestría en salud pública, que, en 11 grupos, aplicaron el cuestionario en prueba piloto en cada una de sus sedes.

Una vez levantados los cuestionarios, se procedió a revisar su información y a realizar una base de datos en Excel, posteriormente se analizaron algunas variables en el programa de análisis estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), dando como resultado lo siguiente la identificación de algunos problemas de codificación, procesamiento e interpretación de los resultados.

Con base en la observación de las once pruebas piloto, el procesamiento de los datos y comentario de los académicos y alumnos, se hicieron modificaciones al instrumento (cuestionarios) para corregir los defectos observados y proceder a su aplicación definitiva.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
Procedimientos para el procesamiento de la información.

a) Diseño de hojas de cálculo en Excel.
b) Exportación de la base de datos al programa de análisis estadístico SPSS.
c) Captura de datos mediante la codificación[a].

Indicadores para la descripción de la información
Cálculo de estimadores puntuales: Se calculó el promedio y proporciones, para los indicadores demográficos y epidemiológicos.

Cálculo de estimadores por intervalo: Se calculó el intervalo de confianza al 95 por ciento, con un valor de asociación de 1.96, para promedios y proporciones de los indicadores demográficos y epidemiológicos.

Técnicas para el análisis
Cruce de variables con fines de asociación: se hizo

[a] *Algunas variables de respuestas abiertas del cuestionario se tuvieron que categorizar.*

a través de tablas de doble entrada (tetracoricas) y se usó una estimación de la razón de momios (OR) para la prevalencia y del riesgo relativo (RR) para la incidencia, ambas estimaciones con su respectivo intervalo de confianza al 95 por ciento, con un valor de asociación de 1.96. De la misma manera se utilizaron tasas brutas para algunas características socio-demográficas.

Al igual se utilizó la comparación de las prevalencias estimadas con la prevalencia de la población de la Delegación Norte del IMSS en el estado de Veracruz.

Abordaje cualitativo

Tipo de estudio y diseño
El tipo de estudio se definió preliminarmente desde la etapa de identificación y formulación del problema siendo este por su postura teórica, interpretativo; y por su profundidad, descriptivo comprensivo, sin embargo cada etapa del proceso de investigación provee de elementos que sirven para su elección definitiva[24].

a) Por su postura teórico: interpretativo
Entre sus objetivos se encuentran: interpretar, entender y comprender la realidad, tal y como es entendida por los sujetos participantes[b] y lo que significan las cosas, [25] es decir se usan los datos para presentar teorías o conceptos, se busca percibir o explicar rasgos de la vida social que sobrepasan a los sujetos de estudio. Se puede decir que este tipo de estudios son sobre todo, representados por la etnografía clásica.
b) Por su profundidad: descriptivo comprensivo. Es el origen de los otros tipos de estudios y son aquellos que están encaminados a determinar "cómo es" ó "cómo está" la situación de las variables que se estudian en una población[24].

El diseño de un estudio con enfoque cualitativo, se refiere al objetivo del investigador de poner orden a un conjunto de sucesos y de esta manera puedan tener sentido y por ende se pueda comunicar a los demás[26].

Rodríguez y col. (1999) mencionan que debido a la complejidad de las investigaciones cualitativas, no es fácil prever con gran exactitud lo que va suceder, por esto, la característica principal del diseño cualitativo es su flexibilidad, su capacidad de adaptarse en cada momento y suceso en función del cambio que se produzca en la realidad que se está investigando[26].

El diseño recupera los eventos programados[c], los eventos realizados[d], la duración de los eventos[e] y el sitio de realización[f]. En el diseño inicial se contempló realizar entrevistas grupales focalizadas para los usuarios, sin embargo para el diseño final esto varió, debido a que si se realizó una de las entrevistas para estos actores sociales, pero no se considero valida por el poco tiempo que duró, esto se debió a que las participantes del grupo tenían una actividad posterior a la entrevista por lo que sus respuestas fueron concisas, por lo tanto se prefirió hacer entrevistas focalizadas individuales. Para los prestadores de servicio y directivos el diseño inicial y el diseño final fue similar (para conocer más sobre el diseño inicial ver tabla 13) En el diseño final los 6 eventos realizados se utilizó la técnica de la entrevista focalizada. Se hicieron 2 eventos por cada variable discursiva. Ver tabla 10.

---

[b] *Sujetos participantes: Ver apartado 4.2.2 Descripción del universo y muestra- Cualitativo.*

[c] *Eventos programados. Es el número de eventos planificados a realizar de acuerdo a los recursos disponibles de calidad y tiempo.*

[d] *Eventos realizados. Es el número de eventos desarrollados.*

[e] *Duración de los eventos. Tiempo transcurrido del evento realizado. Se tomó desde el inicio hasta el final de la grabación del evento.*

[f] *Sitio de realización. Escenario del evento realizado.*

Tabla 10. Diseño final

(Núm. de eventos) Eventos programados	(Núm. de eventos) Eventos realizados	Duración de los eventos	Sitio de realización
(2)Entrevista al directivo	(1) Entrevista al directivo: El día 15 de enero del 2008.	21' 58''	Oficina del entrevistado
	(1) Entrevista al directivo: El día 10 de enero del 2008.	15' 40''	Oficina del entrevistado
(2) Entrevista al prestador de servicios	(1) Entrevista al prestador de servicios: El día 15 de enero del 2008.	8'31''	Oficina del entrevistado
	(1) Entrevista al prestador de servicios: El día 15 de enero del 2008.	18'52''	Oficina del entrevistado
(2) Entrevista a Usuarios	(1) Entrevista a usuario - Usuario 1 derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 10 en Xalapa, Ver. El día 18 de enero del 2008	14'28"	Pasillo de la UMF 10 del IMSS de Xalapa, Ver.
	(1) Entrevista a usuario - Usuario 2 derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 10 en Xalapa, Ver. El día 18 de enero del 2008	29´22	Pasillo de la UMF 10 del IMSS de Xalapa, Ver.

Fuente: Entrevistas cualitativas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS. Enero 2008, en Xalapa, Ver

Descripción del universo y muestra

El propósito de los estudios teóricos consiste en comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de las personas y escenarios estudiados en particular[27].

Tipos sociales

Los tipos sociales hacen referencia a lo individuos con atributos o cualidades que se reconocen en un grupo.[28,29] Se tomaron tres diferentes tipos sociales: directivos, prestadores de servicios y usuarios. Por cada tipo social se registraron dos variables discursivas.

Muestreo: teórico por estratos

El muestreo teórico consiste en seleccionar los participantes que mejor representen o tengan conocimiento del fenómeno a investigar. Conviene saber lo más clara y concretamente posible qué es lo que se quiere y no se quiere comprender/interpretar. Esto puede garantizar una saturación efectiva y eficiente de las categorías con información óptima y mínimo desperdicio[25].

Por estratos se refiere a que se dividirán en grupos: usuarios, prestadores de servicios y directivos. Los usuarios a los que se entrevistó, fueron escogidos con fines de poder contrastar la percepción que tienen los usuarios con la de los prestadores de servicio, ya que cada uno acudía a consulta con uno de ellos. En cuanto a los prestadores de servicio se eligieron en base al acercamiento que se tuvo con estos en el periodo que estuvimos en la unidad, así mismo nos basamos también en la antigüedad del trabajo que desempeñaban. En los directivos nos enfocamos en quienes eran autoridades de la unidad.

Descripción de variables

Definición de los conceptos y subconceptos para el apartado cualitativo

Construcción de conceptos y subconceptos

Tanto los conceptos como los subconceptos fueron construidos a posteriori, ejemplos de esto son los subconceptos de la capacitación del personal, educación del paciente, comunicación médico-paciente y proceso administrativo;

y a priori, realizando una búsqueda exhaustiva dentro de la literatura, tales como revistas científicas, diccionarios; así mismo se utilizaron direcciones de Internet y bases de datos. Los siguientes son ejemplos de los subconceptos realizados a priori: concepto de reto, recursos materiales, recursos económicos, en la calidad de servicio, salud y enfermedad. Taylor y Bogdan (1992) citan a Blumer, que menciona que, en la investigación cualitativa, los conceptos son instrumentos sensibilizantes. Estos conceptos sensibilizadores, según Blumer, proporcionan un sentido de referencia general y sugieren "direcciones para la observación". Taylor y Bogdan (1992), a su vez, afirman que los conceptos se utilizan para iluminar los procesos y fenómenos sociales no son fácilmente perceptibles en las descripciones de casos específicos[27].

A continuación se presentarán los conceptos y subconceptos de "Retos", éstos se realizaron con el fin de facilitar la respuesta a nuestra pregunta de investigación enfocada a los directivos. Tabla 11.

Tabla 11. "Conceptos y subconceptos de Retos"

Concepto	Código	Definición	Subconcepto	Código	Definición
Retos	RE	Objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta[1]	Recursos materiales	RErm	Son los bienes tangibles con que cuenta la institución para poder ofrecer sus servicios tales como: Instalaciones y materia prima[2].
			Calidad de servicio	REcs	Significa llegar a un estándar más alto en lugar de estar satisfecho con alguno que se encuentre por debajo de lo que se espera cumpla con las expectativas del servicio[3].
			Capacitación del personal	REcp	Es un proceso en el que se tiene como objetivo hacer a alguien apto, habitarlo para algo. [4]
			Educación del derechohabiente	REed	Enseñanza, orientación e información que se da al paciente con respecto a la salud[3].
			Comunicación médico-paciente	REcm	Proceso entre el médico y el paciente de manifestar o hacer saber algo[3].
			Proceso administrativo	REpa	Son las actividades que el personal del área administrativa debe llevar a cabo para aprovechar los recurso humanos, técnicos, materiales, etc, con los que cuenta la institución. Consiste en las siguientes funciones: Planeación, organización, integración, dirección, control.[4]
			Económicos	REec	Conjunto de bienes y actividades que integran la riqueza de una colectividad o un individuo[2].

Fuentes por orden de aparición: [1] Tomado directamente de la Real Academia Española, en la dirección electrónica: www.rae.es, obtenido en enero 2008, 2 Obtenida en principio del autor Julio Mario Orozco Africano, del libro electrónico "La evaluación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena" , editado por eumed.net, obtenida en enero del 2008, posteriormente fue modificada para efecto de la investigación, 3 obtenido en principio de la Real Academia Española, en la dirección electrónica: www.rae.es y modificado posteriormente para fines de la investigación, 4 construido por los investigadores para fines de codificación,.

A continuación se presentarán los conceptos y subconceptos de "Percepción", estos se realizaron con el fin de facilitar las respuestas a nuestras preguntas de investigación enfocadas tanto a los prestadores de servicios como a los usuarios. Ver tabla 12.

Tabla 12. "Conceptos y subconceptos de Percepción"

Concepto	Código	Definición	Subconcepto	Código	Definición
Percepción	PE	Proceso psicológico complejo por medio del cual el individuo se hace consciente de sus impresiones sensoriales y adquiere conocimiento de la realidad. Es un mecanismo de adquisición de la información a través de la integra ción estructurada de los datos que proceden de los sentidos; en virtud de esta integración, el sujeto capta los objetos[1].	Recursos materiales	PErm	los bienes tangibles con que cuenta la institución para poder ofrecer sus servicios tales como: instalaciones y materia prima.[2]
			Calidad de servicio	PEcs	Significa llegar a un estándar más alto, en lugar de estar satisfecho con alguno que se encuentre por debajo de lo que se espera cumpla con las expectativas del servicio.[3]
			Capacitación del personal	PEcp	Es un proceso en el que se tiene como objetivo hacer a alguien apto, habitarlo para algo. [4]
			Educación del derechohabiente	PEed	Enseñanza, orientación e información que se da al derechohabiente con respecto a la salud. [3]
			Comunicación médico-paciente	PEcm	Proceso entre el médico y el paciente de manifestar o hacer saber algo.[3]
			Proceso administrativo	PEpa	Son las actividades que, el personal del área administrativa, debe llevar a cabo para aprovechar los recurso humanos, técnicos, materiales, etc, con los que cuenta la institución. Consiste en las siguientes funciones: Planeación, organización, integración, dirección, control.[4]
			Recursos económicos	PEec	Conjunto de bienes y actividades que integran la riqueza de una colectividad o un individuo[2].
			Apego al tratamiento	PEat	Seguimiento a la terapéutica dada por el prestador de servicio.
			Comunicación entre el personal.	PEpc	Proceso de enlace, entre el personal de la unidad, información.
			Salud	PEsa	Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades[2].
			Enfermedad	PEen	Alteración de la salud[3]

Fuentes por orden de aparición: [1] , Gispert C (Dirección). Enciclopedia de la Psicología. Vol.4 Ocáno. 2004. Pág.:152, [2] Obtenida en principio del autor Julio Mario Orozco Africano, del libro electrónico "La evaluación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena" , editado por eumed.net, obtenida en enero del 2008, posteriormente fue modificada para efecto de la investigación, [3] obtenido en principio de la Real Academia Española, en la dirección electrónica: www.rae.es y modificado posteriormente para fines de la investigación, [4] construido por los investigadores para fines de codificación,

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Mecanismos y técnicas para la recolección de la información

Mecanismos. Tanto para las entrevistas de los prestadores de servicio como para los directivos se llegó a un acuerdo para establecer una cita para no interferir en sus horarios laborales. Un prestador de servicio nos refirió a uno de los usuarios. El otro usuario fue abordado para la entrevista en la sala de espera mientras esperaba su consulta.

Técnicas. Entrevista individual focalizada, esta técnica de persona trabaja con el habla.[30] Para su preparación y realización, Hernández y Saldaña (2007), en la Guía básica para desarrollo de investigaciones, mencionan que es importante la habilidad y el tacto, así mismo se hace alusión a que se debe de tener una serie de cuestiones derivadas del problema general en el que se quiere indagar, y se establece una lista de temas en relación a los cuales se focaliza la entrevista. Es una técnica ideal para estudiar situaciones-problema y de igual manera resulta de utilidad cuando se trata de investigar una determinada problemática poco conocida por el investigador y que posteriormente podrá ser motivo de investigaciones más profundas y sistemáticas. Para su elaboración es necesario el siguiente proceso: en primer lugar, se parte de que las personas entrevistadas se encuentran en una situación particular bien establecida y es necesario que sea común en los participantes; posteriormente el investigador analiza la situación o contenido, luego sobre esto se establece una guía de la entrevista y finalmente se realiza la entrevista como tal[28].

Presentación y descripción de los instrumentos utilizados de recolección de información

Instrumento. Guía de tema semi-estructurada para los usuarios, prestadores de servicio, y directivos. Las preguntas detonantes para los usuarios fueron:
- ¿Cómo se ha sentido en los últimos 3 meses?
- ¿En los últimos 3 meses ¿ha acudido a atención médica o de otro tipo?

En cuanto a los prestadores de servicio fueron:
- ¿Cómo percibe el estado de salud enfermedad de los derechohabientes que acuden a esta unidad?
- ¿A qué cree que se deba esto?

Para los directivos fue una pregunta:
- ¿Cuáles son los retos que hay que resolver en la unidad?
- Estas preguntas fueron consideradas detonantes previa validación a través de una prueba piloto.

Presentación y descripción de la validación de instrumentos

Partimos de definir los objetivos, se realizó la guía semiestructurada en la que se revisó la estructura de las preguntas con académicos, posteriormente comparábamos que las preguntas concordaran y cumplieran con los objetivos planteados[31].

Finalmente se validó con expertos, los cuales deben ser expertos de su realidad, siendo en este caso los usuarios, prestadores de servicios y los directivos[31].

Presentación y descripción de los resultados de la prueba piloto.

Se tomaron en cuenta los eventos programados (entrevistas, grupos focales o de discusión u otros) y eventos realizados, duración de los eventos y sitio de realización. Ver tabla 13.

Tabla 13. Diseño inicial

(Núm. de eventos) Eventos programados	(Núm. de eventos) Eventos realizados	Duración de los eventos	Sitio de realización
(1)Entrevista al directivo	(1) Entrevista al directivo:	8'48'' duró la entrevista grabada. Sin embargo antes y después se habló más tiempo con la entrevistada aproximadamente 20 min.	En la oficina de la entrevistada.
(1) Entrevista al prestador de servicios	(2) Entrevista al prestador de servicios: -Prestador de servicio 1: El día 10 de diciembre de 2007. - Prestador de servicio 2: El día 11 de diciembre de 2, V007.	Entrevista al prestador servicio 1: 5'16'' duró la entrevista grabada. Se habló más tiempo después con la entrevistada aproximadamente 5 min. Entrevista al prestador servicio 2: 7´55'' duró la entrevista grabada. Se habló más tiempo antes y después con el entrevistado aproximadamente 30 min.	Prestador de servicio 1: En el espacio que laboramos que es afuera de su oficina. Prestador de servicio 2: En la oficina del entrevistado.
(1) Grupo focal a usuarios	(1) Grupo focal a usuarios: - Grupo de usuarios que pertenecen al grupo de ejercicio aeróbico del programa PREVENIMSS para el adulto mayor. El día 11 de diciembre de 2007.	Entrevista al grupo focal a usuarios: 18'36'' duró la entrevista grabada.	En uno de los pasillos de la Unidad donde realizan ejercicio.

Fuente: Entrevista cualitativa realizada en la Unidad de Medicina Familiar N° 10 del IMSS, enero 2008, Xalapa, Veracruz, .

Productos:
- Las preguntas si fueron detonantes y si se siguió la guía de temas.
- Principales obstáculos para su realización.

En cuanto a la entrevista de usuarios el único obstáculo que tuvimos es que el día de la entrevista, en la mañana del día 10 de diciembre, las personas del grupo focal que pensábamos entrevistar asistieron a una peregrinación por la virgen de Guadalupe. El líder de este grupo se portó muy amable y nos dijo que podría ser en otra ocasión, que fuéramos en la tarde a las 4:30 pm pero con el inconveniente de que podría ser que no llegaran todos a tiempo por lo mismo de la actividad de la mañana, y dado que teníamos clases a las 6:00 pm decidimos hacerlo para el otro día, martes 11 de diciembre en la mañana y así fue. En esta ocasión durante la entrevista, sentimos un poco de presión por el hecho que sentíamos que les quitábamos tiempo en sus actividades, aunque las personas no mencionaron nada en cuanto a esto, fue más bien ideas de nosotros. Al hablar de la entrevista del prestador de servicios podríamos decir que no hubo inconvenientes, excepto que uno de los entrevistados tenía que entregar un informe, por lo que no se tuvo mucho tiempo para entrevistarla, sin embargo decidimos entrevistar a otro prestador de servicios con el que hablamos con anterioridad para que nos apartara algo de tiempo, entendiendo que se debía avisar con anticipación debido a que estaban laborando. Ambos entrevistados se portaron muy cordiales y por ese lado no tuvimos ningún obstáculo. En cuanto a la entrevista del directivo pensábamos en entrevistar al jefe de consulta externa o al jefe del área de administración sin embargo no estuvieron disponibles, una estaba en consulta y la otra en junta con el director. Después decidimos entrevistar a la jefa de enfermeras y con ella no hubo algún obstáculo en especial, hubo dos pequeñas interrupciones pero no sentimos que haya afectado la reunión, debido a que la entrevistada estaba muy atenta a lo que le preguntábamos y a sus respuestas, y estas interrupciones fueron mientras platicábamos antes de ser grabada.

- Principales facilitadores para su realización
En la entrevista de usuarios (grupo focal) el facilitador principal, es que ya conocíamos al líder del grupo y se portó muy accesible con nosotros, lo que parece ser que le dio confianza a quienes entrevistamos. En la entrevista de prestadores de servicios, uno de los entrevistados trabaja en una oficina que esta atrás del espacio de donde trabajamos, por lo que también nos conocía y esto nuevamente nos facilitó que realizáramos la entrevista, con el segundo prestador de servicios lo que nos facilitó realizar la entrevista, es que trabaja en conjunto con nuestras jefas inmediatas por lo que tenemos un mayor trato con él a comparación de otras personas que trabajan en la unidad. En cuanto a la entrevista con el directivo, nuestro facilitador fue que establecimos rapport[g] con ella por lo que se expresó muy accesible durante la entrevista, más cuando no la grabamos.

Técnicas y procedimientos para el procedimiento y análisis de la información.

Descripción de los procedimientos empleados para el procesamiento de la información.
Utilizamos los siguientes procesos: trascripción, verificación, validación, depuración, y mapa de códigos
Trabajo de una aproximación al análisis cualitativo

a) Primer nivel: transcripción fiel.
Este nivel comienza desde el momento en que se elabora la técnica hasta que se transcriben textualmente las entrevistas o las técnicas de contexto. Se recomienda realizar la transcripción del evento utilizando la mitad izquierda de la hoja y consignando un espacio al inicio de la transcripción para la caracterización del evento: tipo de evento, lugar donde se desarrolló y responsables[32].

b) Segundo nivel: Descripción. Codificación con base a la transcripción fiel.
Al hablar de este nivel se podría decir que lo que tiene mayor relevancia es la codificación, la cual consiste en la clasificación de segmentos de las transcripciones identificando los grandes temas y subtemas abordados, por lo tanto lo ideal es realizar un listado de códigos con sus correspondientes definiciones. Hernández y López[32] mencionan que éste proceso se conoce como "mapear" y que el resultado será el mapa de códigos, el cual constituye el entramado de categorización de las diferentes secciones del discurso[32].

c) Tercer nivel: Reconstrucción.
Se refiere a la interpretación/comprensión, el cual se efectúa desde de la subjetividad que se adquirió por el equipo de investigadores. Lo que se haya encontrado en el nivel descriptivo, en esta etapa, se somete a la discusión y reflexión a través de los principios de la inducción[32].

La validación se realiza a través de los expertos de su realidad, en este caso los actores sociales antes mencionados y la depuración se presenta cuando se quitan las respuestas de las preguntas de la entrevista que hayan sido inducidas por el investigador[33].

Señalamiento de los indicadores que se utilizaron para la descripción.

Se contó con los elementos suficientes para obtener el espectro del discurso en términos de generalidad, variabilidad y caso extremo. La generalidad se refiere a cuando las variables discursivas comparten el mismo código. Se considera variabilidad cuando dos cuartas partes de las variables discursivas comparten el mismo código. Los casos extremos, como su nombre lo indica, se refiere a cuando las variables discursivas no hacen mención de algún código[32].

Señalamiento de las técnicas que se utilizaron para el análisis

Análisis de contenido. Una vez expuesta las distintas propiedades del discurso y los correspondientes dominios del análisis del discurso, fue necesario hacer un resumen de los principios básicos de nuestra "practica"[34].

7. RESULTADOS

Localización geográfica
La Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS esta ubicada en la calle de Nicolás Bravo No. 46, en Xalapa, Veracruz[16].

Características físicas de la sede
Desde el inicio de sus funciones cuenta con 10 consultorios para proporcionar consulta externa de atención primaria, en dos turnos matutino y vespertino. En la planta baja se ubica: Farmacia, Medicina Preventiva, Atención Médica Continua, la Ceye, Curaciones e inyecciones, Modulo de atención y orientación del derechohabiente,

[g] *Rapport: El éxito de la situación de entrevista dependerá mucho del efecto que el comportamiento del investigador tenga en el entrevistado. El investigador debe caer bien, ser confiable, simpático e incluso cálido. Todo esto será posible si el investigador es respetuoso y honesto en su expresión e impresión con el interlocutor (Galindo, 1997)[12].*

Coordinación de Asistentes Médicas, Jefatura de Departamento Clínico, Epidemiología y Servicios Básicos; en la Planta Alta se encuentra: Dirección Médica, Administración, Estomatología, Módulo Materno Infantil, Fomento a la Salud Trabajo Social, Psicología Clínica, Nutrición, Laboratorio Clínico, Gabinete Radiológico, Archivo Clínico y Afiliación y Vigencia; mientras que en el patio esta: Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas. Departamento de Personal, Conservación y Almacén[16].

Características del personal de salud

La Unidad cuenta con 170 trabajadores de base distribuidos en 22 categorías Ver anexo 12. No se incluyeron a los trabajadores transitorios. Sus horarios de trabajo son en turno matutino de 8 a 15 hrs y vespertino de 15 a 21 hrs de lunes a viernes. El organigrama de la Unidad se presenta en el anexo 13[16].

Servicios que ofrece la UMF 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz.

Los servicios que la unidad ofrece se encuentran distribuidos en las siguientes áreas, las que se presentan a continuación, con sus funciones asignadas.

Consulta externa[16]

a) Otorga atención médica integral a los derechohabientes y usuarios con eficacia, calidad y sentido humano.
b) Proporciona la atención médica integral, al individuo y su núcleo familiar, mediante el desarrollo adecuado de las acciones de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, limitación del daño y rehabilitación temprana.
c) Expide los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, de acuerdo con el daño a la salud identificado, el puesto de trabajo específico y el reglamento de expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo a los asegurados del régimen obligatorio del IMSS.
d) Prescribe los medicamentos en forma congruente y razonada, con base en el diagnóstico clínico y la naturaleza de cada padecimiento.
e) Efectúa la referencia de pacientes al segundo nivel de atención, con base en los criterios técnico-médicos y administrativos vigentes.
f) Orienta y educa, al individuo y la familia, respecto a los riesgos y daños a la salud identificados y la manera de prevenirlos y corregirlos.
g) Procura que el servicio disponga del personal, equipos, instrumental e insumos requeridos para la atención a los pacientes.

Atención médica continua[16]

a) Determina las prioridades de atención médica de cada paciente que acude al servicio, a fin de otorgarle una atención oportuna, eficiente y humana.
b) Procura que la atención médica se proporcione a la población usuaria, las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año.
c) Cuenta con los criterios de manejo, técnico-médico y administrativos, de los padecimientos de mayor demanda en el servicio y las aplica en su trabajo cotidiano.
d) Propicia la mejora continua, del proceso de atención médica, en el servicio.

Estomatología[16]

a) Obturación con amalgamas.
b) Extracciones.
c) Aplicación tópica de flúor a niños y mujeres embarazadas.
d) Curaciones.
e) Limpieza dentales
f) Platicas sobres acciones preventivas para la salud bucal.

Medicina preventiva[16]

a) Coordina los programas de prevención, de planificación familiar y da control de la hipertensión, diabetes y obesidad.
b) Organiza y otorga pláticas de planificación familiar, hipertensión, diabetes y obesidad.
c) Supervisa el control del programa PREVENIMSS.
d) Organiza y supervisa los programas de vacunación.

Salud pública[16]

a) Participa en la elaboración del diagnóstico situacional y el programa de trabajo de la unidad, a través del análisis de la frecuencia, tendencia, medidas de asociación y tablas de vida, de los padecimientos o eventos epidemiológicos.
b) Participa en la elaboración de las metas programáticas y presupuestales en su área de competencia y en el análisis periódico de su ejercicio.
c) Realiza actividades de promoción y protección específica a la salud, así como de detección precoz de daños en el individuo, familia y comunidad, en el ámbito de influencia de la unidad.
d) Realiza actividades que fortalezcan el auto cuidado, para fomentar la salud positiva del individuo, familia y comunidad.
e) Analiza la información estadística de morbilidad y mortalidad de la unidad, para comprobar, ratificar o rectificar si es preciso, la presencia de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica y notificar a las autoridades institucionales para la toma de decisiones, así como comunicar a las dependencias del sector salud.
f) Realiza la vigilancia epidemiológica de los padecimientos, en el ámbito de influencia de la unidad, a

través de su clasificación, por magnitud y trascendencia, en generales, específicos y emergentes; efectuar cercos epidemiológicos necesarios y evaluar e informar los resultados obtenidos.
g) Promueve y participa en eventos de investigación de enfermedades de interés epidemiológico, así como aplicar y difundir sus resultados, para reforzar acciones de prevención y control.
h) Participa en la elaboración de los informes, según la periodicidad establecida, de vigilancia epidemiológica, conjuntamente con el servicio de Epidemiología y Análisis de la Información Médica del hospital de apoyo que le corresponda.

Salud en el trabajo[16]
a) Participa en forma activa en la elaboración del diagnóstico situacional y el programa de salud en el trabajo.
b) Participa en la elaboración de las metas programáticas y de presupuesto de su área de competencia y analizar periódicamente su comportamiento.
c) Organiza y desarrolla las actividades que le son propias de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Coordinación de Salud en el Trabajo.
d) Realiza actividades de promoción de la salud de los trabajadores y de prevención de riesgos de trabajo, en las empresas afiliadas al IMSS y en centros laborales del propio Instituto.

Enfermería[16]
a) Programa, organiza, dirige, supervisa y evalúa las actividades del personal de enfermería adscrito a la unidad.
b) Integra el diagnóstico situacional de enfermería y con base en él elabora el Programa de Trabajo y efectuar su seguimiento.
c) Difunde y aplica las políticas, normas y programas, emitidos por la Dirección de Prestaciones Médicas, a los procesos médico-asistenciales del servicio de enfermería, valida en la práctica su eficiencia, actualización y presenta las propuestas resultantes.

Nutrición y dietética[16]
a) Otorga consultas para diagnóstico y tratamiento, sobre todo para pacientes con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes.
b) En el área de medicina preventiva, llevan un control de talla y peso.
c) Imparten pláticas para grupos de alto riesgo.

Psicología[16]
a) Otorga consulta para la atención psicológica de los pacientes, familiares y personal asistencial de la unidad.
b) Utiliza y aplica diferentes formas y técnicas de intervención psicológica a nivel individual, grupal e institucional.
c) Integra al trabajo multidisciplinarios de los diferentes servicios de la institución
d) Contribuye a elevar el bienestar psíquico y la salud mental del personal asistencial, realizando trabajo preventivo institucional.

Trabajo social[16]
a) Participa en la elaboración del diagnóstico situacional de la unidad, aportando los resultados estadísticos de los estudios socioeconómicos realizados.
b) Participa en la elaboración del programa de trabajo de la unidad con base en la problemática social identificada en el diagnostico situacional.
c) Apoya, al médico familiar, en el tratamiento del paciente y su núcleo familiar, mediante la realización de los estudios socioeconómicos de los pacientes.
d) Favorece el desarrollo de las potencialidades de los individuos y sus familias, a través de la identificación de los factores sociales que apoyan las acciones preventivas, el tratamiento médico y la rehabilitación.
e) Propicia la adopción de estilos de vida positivos, a través de la identificación, el reforzamiento o la modificación de conductas, mediante el proceso educativo, en el individuo y la familia.
f) Orienta, a pacientes y familiares, sobre trámites a seguir, en los casos en que el paciente en cuestión se encuentre implicado en situaciones judiciales.
g) Orienta, a los familiares, en caso de defunción de su paciente en la unidad, acerca de los trámites administrativos procedentes.
h) Participar, con el equipo de salud, en la eliminación de barreras socioculturales que limitan el acceso a los servicios el individuo y su familia.
i) Promueve la formación de grupos autogestivos, entre la población derechohabiente con daño específico y su enlace con organizaciones gubernamentales y privadas, para fortalecer la cultura de autoresponsabilidad.
j) Apoya, a los individuos y familias, en las situaciones de crisis generadas por el impacto psico-social de los daños a la salud o por el proceso de la atención médica.
k) Orienta e informa, al paciente y su núcleo familiar, acerca de los factores de riesgo a la salud identificados, sus medidas de prevención y de control.

Laboratorio clínico[16]
a) Participa en la elaboración del diagnóstico situacional de la unidad.
b) Participa en la elaboración del programa de trabajo

de la unidad.
c) Coordina y controla los recursos humanos, técnicos y materiales, asignados a los servicios de laboratorio clínico.
d) Supervisa que la toma de muestras, análisis, procesamiento y reporte de resultados, así como el control de reactivos, se efectúen con ética y estricto apego a las normas específicas autorizadas.
e) Integra y analiza la información estadística del laboratorio clínico y presentar los resultados a la Subdirección Médica de la unidad.

Rayos X[16]
a) Participa en la elaboración del diagnóstico situacional de la unidad.
b) Realiza investigación que incide en el mejoramiento del proceso radiodiagnóstico.
c) Auxilia al medio familiar en los procesos diagnósticos de los pacientes.

Asistentes médicas[16]
a) Elabora el diagnóstico situacional de asistentes médicas y en base a él, integra el programa de trabajo y así efectúa su seguimiento. participa en la elaboración del correspondiente a la Unidad.
b) Aplica y difunde las políticas, normas y programas emitidos por la Dirección de Prestaciones Médicas, a los procesos médicos asistenciales y administrativos del personal de asistentes médicas y validar en la práctica su eficiencia, actualización y presentar las propuestas resultantes.
c) Difunde con oportunidad la zonificación, para dar la información y asesoría en las solicitudes de referencia y contrarreferencia.
d) Participa en la planeación, organización, programación, asesoría, supervisión y evaluación de los procesos en que interactúa la asistente médica y la coordinadora en los servicios asignados.
e) Aplica los indicadores autorizados para la evaluación de los resultados de productividad, desempeño, calidad y eficiencia del servicio de asistentes médicas e informar al Jefe de Departamento Clínico.

Presentaciones económicas[16]
a) Cumple y vigila el apego las normas, procedimientos políticas institucionales, emitidas por las dependencias normativas correspondientes.
b) Planea, organiza, dirige y controla el adecuado funcionamiento del área de control de prestaciones, en especie y económicas, de la población derechohabiente.
c) Verifica que se efectúe, en forma correcta y oportuna, la certificación del derecho a prestaciones, en especie y económicas, de la población derechohabiente.

Servicios generales[16]
a) En coordinación con el Jefe de Servicios Generales, vigila, proporciona, coordina, supervisa y controla los servicios de traslado de personal, pacientes y camillería, telecomunicaciones, recepción, y distribución de correspondencia, concentración de archivos, vigilancia, enajenación de bienes y servicios urbanos y municipales, para la correcta operación de los servicios de la unidad; asimismo, coordina el uso de vestidores, estacionamiento y asignación de casilleros para el personal de la unidad.
b) En coordinación con el Jefe de Servicios Generales, vigila, tramita, controla y mantiene actualizada la documentación oficial y resguardos de los vehículos adscritos a la unidad.
c) En coordinación con el Jefe de Servicios Generales, vigila que se realicen los programas de mantenimiento preventivo a los vehículos y/o ambulancias adscritos a la unidad, así como controlar las bitácoras de servicio, de consumo de fluidos y lubricantes, a fin de conservar las unidades en óptimas condiciones de funcionamiento y controlar el ejercicio presupuestal correspondiente.
Funciones de apoyo [16]
a) Vigila y acata el correcto cumplimiento de leyes, reglamentos y normas institucionales, así como las disposiciones dictadas por autoridades superiores del instituto y del sector salud.
b) Dirige los programas de trabajo de las dependencias o áreas a su cargo.
c) Supervisa que el personal cumpla con sus actividades y con las disposiciones legales que regulan el servicio público así como las demás normas aplicables de los servidores públicos.
d) Verifica la correcta aplicación de los indicadores de evaluación del desempeño institucional (indicadores de gestión), en la materia correspondiente.
e) Analiza, emite opinión y dar seguimiento a los informes de revisiones practicadas por las Contralorías Internas Central, Regionales y Delegacionales a las áreas, así como a la solventación de las observaciones determinadas y, en su caso, proponer medidas correctivas.

Derivados del análisis cuantitativo[16]
Del tamaño de la muestra programado (n=268), se aplicaron 268 cuestionarios (100 por ciento). En las 268 encuestas aplicadas a los derechohabientes se identificaron 840 habitantes de los encuestados, pero en ellos se identificaron 125 convivientes (14.8 por ciento) que no tienen derecho a la seguridad social.

Variables demográficas y socioeconómicas

Distribución por sexo y grupos etáreos[16]

Se recabo información de un total de 268 viviendas, a través del informante encuestado, el número de habitantes del total de las viviendas encuestadas de la UMF No. 10 del IMSS de Xalapa, Veracruz en el 2007 fue de 840, distribuidos por grupo etáreo como se muestra en la tabla 14. Tres derechohabientes encuestados no especificaron edades de alguno de sus integrantes, por lo que forman parte de los no especificados. La mayor población derechohabiente de la UMF No. 10 son personas mayores de 65 años de edad, por lo que en este grupo etáreo se encuentra el número más alto de individuos, tanto en hombres con 59 (7 por ciento), como en mujeres con 56 (6.6 por ciento), dándonos un total de 115 personas mayores de 65 años (13.6 por ciento).

Tabla 14 Distribución porcentual por sexo y grupos etáreos; de los integrantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

	Hombre	Mujer				
Grupos etáreos	Número	%	Número	%	Total	%
Menores de 1	05	1.4	08	1.7	13	1.5
1 a 4	19	5.3	17	3.5	36	4.3
5 a 9	12	3.3	13	2.7	25	3.0
10 a 14	16	4.5	16	3.3	32	3.8
15 a 19	32	8.9	32	6.7	64	7.6
20 a 24	30	8.4	46	9.6	76	9.0
25 a 29	34	9.5	35	7.3	69	8.2
30 a 34	25	7.0	30	6.2	55	6.5
35 a 39	15	4.2	32	6.7	47	5.6
40 a 44	08	2.2	34	7.1	42	5.0
45 a 49	26	7.2	36	7.5	62	7.4
50 a 54	28	7.8	41	8.5	69	8.2
55 a 59	26	7.2	38	7.9	64	7.6
60 a 64	24	6.7	44	9.1	68	8.1
65 y más	59	16.4	56	11.6	115	13.6
No especificados	00	0	03	0.6	03	0.6
Total	359	42.7	481	57.3	840	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Al realizar la pirámide poblacional, esta tomó una forma de pirámide invertida, lo que nos indica que se trata de una población adulta y adulta mayor, con muy poca población joven. Anexo 14.

Razón mujer-hombre

El mayor número de personas se encuentran en las mujeres con 481 (57.3 por ciento), en tanto que los hombres son 359 (42.7 por ciento), se calculó la razón mujer- hombre, dando como resultado que por cada hombre hay 1.3 mujeres.

Tasa bruta de mortalidad

La frecuencia de mortalidad por año, de los integrantes de las viviendas encuestadas, se muestra en la tabla 15. Siendo 6 integrantes los que fallecieron en el año 2006, años en que se detecto el mayor numero. La tasa bruta de mortalidad en el año 2007 es de 5.95 muertes por cada 1000 habitantes.

Tabla 15. Defunciones por todas las causas. En derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2000-2007

Año	Defunciones
2000	02
2001	01
2002	03
2003	03
2004	03
2005	02
2006	06
2007	05
Total	25

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007.

Tasa bruta de natalidad para el 2007

En el año 2007 hubo 12 nacimientos, en las viviendas encuestadas, 10 fueron productos únicos y 1 fue gemelar, por lo que la tasa bruta de natalidad para el 2007 fue de 14.28 nacimientos por cada 1000 habitantes.

Con el cálculo, tanto de la tasa de mortalidad como la tasa de natalidad, al restarlas se obtuvo un crecimiento natural de 8.3 individuos por cada 1000 habitantes.

Tasa de fecundidad general para el 2007

De las 481mujeres, que habitaban en las viviendas encuestadas sólo 245 eran del grupo de 15 a 49 años, el cual corresponde a la edad fértil. Tomando en cuenta estos datos la tasa de fecundidad general, para el año 2007, es de 48.98 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años.

Distribución por lugar de residencia

En la UMF No.10 del IMSS, en Xalapa, Veracruz, se da atención a diferentes colonias, 125 fueron las mencionadas por los entrevistados en las encuestas y 49 no especificaron su colonia, entre las más mencionadas con 21 derechohabientes está la colonia Centro (7.8 por ciento), con 7 menciones Lomas de Casa Blanca correspondiéndole el 2.6 por ciento y la colonia Progreso con 11 menciones (4.1 por ciento). En el Anexo 15

se muestra la distribución porcentual de las colonias de los derechohabientes encuestados.

En la tabla 16, se muestran las localidades en las que habitan los 268 derechohabientes encuestados, Xalapa con 228 encuestados fue la más mencionada (85.1 por ciento), en segundo lugar el municipio de Emiliano Zapata (2.2 por ciento) con 6 derechohabientes (2.2 por ciento) y Naolinco con 5 individuos encuestados (1.9 por ciento).

Tabla 16. Distribución porcentual por localidad de residencia. En derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Localidad de residencia	Frecuencia	%
Actopan	3	1.1
Alto Lucero	1	0.4
Banderilla	4	1.5
Chiltoyac	1	0.4
Coapan	1	0.4
Coatepec	1	0.4
El Castillo	1	0.4
Emiliano Zapata	6	2.2
Jilotepec	2	0.7
Naolinco	5	1.9
Perote	2	0.7
Plan del Rio	1	0.4
San Marcos de León	1	0.4
Tlacolula	2	0.7
Trancas	1	0.4
Tronconal	2	0.7
Tuxamapán	1	0.4
Villadama	1	0.4
Xalapa	228	85.1
Xico	4	1.5
Total	268	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Distribución por nivel de escolaridad

El total de población mayor de 12 años fue del 752, de esta población 176 personas tenían el nivel primaria (23.3 por ciento), siendo esta la de mayor frecuencia, en segundo lugar encontramos el nivel de licenciatura con 165 personas (21.9 por ciento) y en tercer lugar el nivel de bachillerado con 147 individuos (19.6 por ciento), un dato resaltable es que 11 personas estudiaron maestría (1.5 por ciento) y en toda la población solamente hubo 1 persona con escolaridad a nivel de doctorado (0.1 por ciento). Ver tabla 17.

Tabla 17. Distribución porcentual por nivel de escolaridad, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Nivel de escolaridad	Frecuencia	%
Ninguno	61	8.1
Primaria	175	23.3
Secundaria	145	19.3
Carrera técnica o comercial (después de la secundaria)	15	2.0
Bachillerato	147	19.6
Carrera técnica o comercial (después de la preparatoria)	30	4.0
Licenciatura	165	21.9
Maestría	11	1.5
Doctorado	01	0.1
No Sabe	01	0.1
Total	752	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Distribución por condición de actividad económica

Para clasificar la condición de actividad económica para las 751 personas que habitaban en las viviendas encuestadas, se dividieron en dos categorías, económicamente activa e inactiva. Ver tabla 18. Las personas económicamente activa fueron 369 (49.1 por ciento) y se encontraron a 10 desempleados (1.3 por ciento). Las personas sin actividad económica fueron 382 (50.1 por ciento), de ella la sub-categoría ama de casa es la que más frecuencia tuvo, con 165 individuos (22.0 por ciento).

Tabla 18. Distribución porcentual por condición de actividad económica de los habitantes de 12 años y más de las viviendas encuestadas de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Condición de actividad económica		Frecuencia	%
Económicamente activa	Si.	351	46.7
	Si, pero no fue a trabajar	08	1.1
	Buscando	10	1.3
	SUBTOTAL	369	49.1
Económicamente inactiva	Estudiante	100	13.3
	Ama de casa	165	22.0
	Jubilado o pensionado	97	12.9
	Incapacitado permanentemente	04	0.5
	No trabaja	16	2.2
	SUBTOTAL	382	50.1
Total		751	100.0

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Proporción de población analfabeta por sexo, mayores de 15 años

Se encontraron a 21 personas con analfabetismo (2.9 por ciento), de estas personas la mayoría fueron mujeres con 13 personas (1.8 por ciento). La distribución de alfabetización por sexo se describe en la tabla 19.

Tasa 19. Distribución porcentual por sexo y condición de alfabetismo. En derechohabientes mayores de 12 o más años de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

	Alfabeta		Analfabeta		Total	
Sexo	No.	%	No.	%	No.	%
Hombre	299	41.0	08	1.1	307	42.1
Mujer	409	56.0	13	1.8	423	57.9
Total	708	97.0	21	2.9	730	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Distribución del nivel económico familiar

Para la distribución del nivel económico familiar, este se dividió en 3 categorías, alto, bajo y medio. Para catalogar como un nivel bajo, el rango fue de 0-25 puntos, de 26-50 puntos era para un nivel medio y el nivel alto con un rango de 51-75. Los resultados se muestran en la tabla 20.

De las 268 viviendas encuestadas, la mayoría fueron calificadas en nivel alto y medio, 146 y 104 respectivamente (54.5 por ciento y 38.8 por ciento), solo 18 (6.7 por ciento) se calificaron como nivel bajo.

Tabla 20. Distribución porcentual por nivel económico familiar. En derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Nivel económico familiar	Puntaje	%
Bajo	18	6.7
Medio	104	38.8
Alto	146	54.5
Total	268	100.0

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Frecuencia de hacinamiento

Sólo se encontraron 20 viviendas con más de 3 miembros, por lo que se calificó con hacinamiento (7.5 por ciento) y a 248 sin hacinamiento (92.5). Tabla 21.

Tabla 21. Distribución porcentual de hacinamiento, en viviendas de los derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Hacinamiento	Viviendas	%
Con	20	7.5
Sin	248	92.5
Total	268	100.0

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Proporción de viviendas en condiciones desfavorables

La proporción de viviendas en condiciones desfavorables para el riesgo de contraer enfermedades diarreicas agudas (EDAS), se presentan en la tabla 22; y para el riesgo de contraer infecciones respiratorias agudas (IRAS), se explica en la tabla 23.

Tabla 22. Distribución porcentual de viviendas con ocupantes menores de 5 años, en condiciones desfavorable para la salud y favorable para transmisión de EDAS, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Condición de la vivienda	Vivienda	%
Desfavorable	51	19.03
Favorable	217	80.97
Total	268	100.00

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Tabla 23. Distribución porcentual de viviendas, con ocupantes menores de 5 años, en condiciones desfavorable para la salud y favorable para transmisión de IRAS, de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Condición de la vivienda	Vivienda	%
Desfavorable	39	14.55
Favorable	229	85.45
Total	268	100.00

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Variables epidemiológicas

Infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años

La Infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años, durante el mes previo a la entrevista (noviembre-diciembre del 2007), se buscó en 48 niños, menores de 5 años, de los cuales se enfermaron 22 niños, con una tasa de incidencia de IRAS de 45.8 por cien niños. De

los 22 menores, 13 fueron hombres (54.2 por ciento) y 9 mujeres (37.5 por ciento). Los niños de 4 años de edad, fueron lo que más casos de IRAS presentaron con 8 casos equivalente al 72.2 por ciento. Ver tabla 24.

Tabla 24. Distribución porcentual y tasa de incidencia por edad de IRAS en niños menores de 5 años habitantes de las viviendas encuestadas.En la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Edad en años	IRAS				Total		Tasa de Incidencia* (TI)
	Si		No				
	No.	%	No.	%	No.	%	
-1	5	10.4	8	16.7	13	27.1	38.5
1	6	12.5	4	8.3	10	20.8	60.0
2	0	0.0	4	8.3	4	8.3	0
3	3	6.2	7	14.6	10	20.8	30.0
4	8	16.7	3	6.2	11	22.9	72.7
TOTAL	22	45.8	26	54.1	48	100.0	45.8

**Tasa por cada 100 menores de 5 años. Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007*

Infección respiratoria aguda en adultos mayores de 60 años

De la infección respiratoria aguda en adultos mayores de 60 años durante el mes previo a la entrevista (noviembre-diciembre del 2007): en las 268 viviendas encuestadas se detecto en 61 IRAS de los 183 adultos mayores de 60 años integrantes en de las viviendas, por lo que nos dio una tasa de incidencia de 33.3 por 100 adultos mayores de 60 años. Su distribución por sexo, fueron en hombres 30 casos (36.1 por ciento) y en mujeres 31 casos (31.0 por ciento). Ver tabla 25.

Tabla 25. Distribución porcentual y tasa de Incidencia de infecciones respiratorias agudas por sexo, en adultos mayores de 60 años que habitaban en las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. Diciembre 2007

IRAS	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	30	16.4	31	16.9	61	33.3
No	53	30.0	69	37.7	122	66.7
Total	83	45.4	100	54.6	183	100.0
Tasa de incidencia	36.1	31.0	33.3			

**Tasa por cada 100 adultos mayores de 60 años.*
Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No.10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años

Sobre la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años durante el mes previo a la entrevista (noviembre-diciembre del 2007), en las 268 viviendas encuestadas, hubo 49 niños menores de 5 años, de los cuales se enfermaron 4 de enfermedad diarreica aguda. La tasa de incidencia, en el mes previo de enfermedades diarreicas agudas, en menores de 5 años fue de 8.2 por ciento. Los hombres presentaron una tasa de incidencia mayor con 8.3 por ciento y la tasa de incidencia de las mujeres fue del 8 por ciento. Tres de los 4 casos se presentaron en niños de 1 años y el otro fue en niños menores de 1 año. Ver tabla 26.

Tabla 26. Distribución y tasa de incidencia por edad de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años que habitan en las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Edad en años	Enfermedades diarreicas agudas		Total	Tasa de Incidencia* (TI)
	Si	No		
-1	1	12	13	7.6
1	3	7	10	30.0
2	0	5	5	0
3	0	10	10	0
4	0	11	11	0
Total	4	45	49	37.6

**Tasa por cada 100 menores de 5 años.*
Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No.10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Infección de vías urinarias en mujeres de 15 años y más

La infección de vías urinarias en mujeres de 15 años y más, durante el mes previo a la entrevista (noviembre-diciembre del 2007), en las 268 viviendas encuestadas hubo 423 mujeres de 15 años y más, de las cuales se enfermaron 32 mujeres, esto nos dio una tasa de incidencia de 7.6 por cada 100 mujeres de 15 años y más. El grupo de interés epidemiológico con más casos fue el de 25 a 44 años con 8 (5.9 por ciento), pero el grupo con la tasa de incidencia mayor es el de 20 a 24 con 6 (13.3 por ciento). Ver tabla 27.

Tabla 27. Tasa de incidencia de infecciones de vías urinarias en mujeres mayores de 15 años que habitaban en las viviendas encuestadas, en la UMF No.10 del IMSS en Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Grupos de interés epidemiológico	Infección de vías urinarias		Total	Tasa de incidencia* (TI)
	Si	No		
15 a 19	2	30	32	6.2
20 a 24	6	39	45	13.3
25 a 44	8	122	130	5.9
45 a 49	0	36	36	0
50 a 59	7	72	79	8.9
60 a 64	5	39	44	11.4
Mayores de 65	4	52	56	7.4
Total	32	390	423	7.5

**Tasa por cada 100 mujeres de 15 años y más.*
Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No.10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Accidentes de transporte en vehículo de motor

Los accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos mayores de 16 años durante los últimos 8 años; en las 268 viviendas encuestadas, había 709 personas mayores de 16 años de las cuales se encontraron a 36 que sufrieron accidente en vehículo de motor. De estas personas que se accidentaron murieron 2 a causa del accidente. La tasa de incidencia de accidentes de transporte en vehículo de motor, en personas mayores de 16 años es de 5 por cada 100. Los hombres tuvieron 19 accidentes con una tasa de 6.3 y las mujeres 17, con una tasa de 4.1; las 2 defunciones correspondían al los hombres, por lo que su letalidad fue de 6.6 por cada 1000 hombres accidentados. El grupo de interés epidemiológico con más casos fue el de 25 a 44 años con una tasa de incidencia del 4.2 por ciento pero el grupo con una tasa de incidencia mayor de accidentes fue el de 15 a 19 con 5 correspondiendo al 12.5 por ciento. Ver tabla 28.

Tabla 28. Tasa de incidencia de accidentes de transporte en vehículo de motor en los últimos 8 años en sujetos mayores de 16 años que habitan en las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2000 - 2007

Grupos etáreos	Accidentes de transporte		Total	Tasa de Incidencia* (TI)
	SI	No		
15 a 19	5	38	43	12.5
20 a 24	6	71	77	6.5
25 a 44	9	205	214	4.2
45 a 49	2	60	62	3.2
50 a 59	6	127	133	4.5
60 a 64	4	64	68	5.8
Mayores de 65	3	112	115	2.6
Total	36	684	720	5

**Tasa por cada 100 personas mayores de 16 años.*
Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Infarto agudo al miocardio

En las 268 viviendas encuestadas, 426 personas de 25 años y más, de las cuales 17 sufrieron infarto en los últimos 8 años. De estas 17 personas se encuentran 6 fallecidos, de los cuales solo 4 murieron por infarto agudo al miocardio, por lo que esto nos da una tasa de incidencia de infarto agudo al miocardio en personas de 40 años y más de 4 por ciento. El hacer una distribución por sexo, 14 hombres presentaron infarto equivalente al 7.9 por ciento y el 1.2 por ciento en mujeres con 3 casos, las 6 defunciones previamente mencionadas correspondían al sexo masculino. El grupo de interés epidemiológico de mayores de 65 años tuvo la mayor tasa de incidencia de infarto agudo al miocardio con 12 casos equivalente al 10 por ciento. Ver tabla 29.

Tabla 29. Tasa de incidencia de infarto agudo al miocardio en personas de 40 años y más que habitaban en las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2000 - 2007

Gpo. de interés epidemiológico	Infarto agudo al miocardio		Total	Tasa de Incidencia* (TI)
	Si	No		
25 a 44	0	42	42	0
45 a 49	0	62	62	0
50 a 59	3	131	134	2.2%
60 a 64	2	66	68	2.9%
Mayores de 65	12	108	120	10.0%
Total	17	409	426	4%

**Tasa por cada 100 personas de 40 años y más. Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007*

Prevalencia

Con la prevalencia vamos a medir cuantas personas al momento de la entrevista padecían la enfermedad, no se incluyeron las defunciones.

Hipertensión Arterial

Para medir la prevalencia de hipertensión, solo tomamos en cuenta a las personas de 20 años y más de las viviendas encuestadas, siendo estas 668, por lo que la prevalencia de hipertensión al momento de la encuesta en diciembre del 2007, que fue de 18.6 por cada 100 personas de la población de 20 años y más. Encontramos que el grupo

etáreo de 60 a 64 tiene una mayor prevalencia con 20 personas con hipertensión equivalente al 29.4 por ciento. Ver tabla 30.

Tabla 30. Prevalencia de hipertensión de los integrantes de las viviendas encuestadas de 20 años y más, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo de Interés epidemiológico	Hipertensión		Total	Prevalencia
	Si	No		
20 a 24	21	55	76	27.6
25 a 44	39	174	213	18.3
45 a 49	8	54	62	12.9
50 a 59	16	117	133	12.0
60 a 64	20	48	68	29.4
Mayores de 65	19	96	115	16.5
Total	124	544	668	18.0

**Prevalencia por cada 100 personas de 20 años y más. Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007*

Diabetes Mellitus

De las 667 personas de 20 años y más encontramos 83 personas con diabetes mellitus tipo 2, al momento de levantar la encuesta en diciembre del 2007. De estas personas, 7 no respondieron la edad, por lo que fueron tomados como valores perdidos. Esto nos da una prevalencia del 11.4 por cada 100 personas, el grupo de 60 a 64 años tiene una prevalencia mayor con el 27.9. Ver tabla 31.

Tabla 31. Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 de los integrantes de las viviendas encuestadas. En la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo de interés epidemiológico	Diabetes		Total	Prevalencia*
	Si	No		
20 a 24	1	75	76	1.3
25 a 44	6	207	213	2.8
45 a 49	9	53	62	14.5
50 a 59	20	113	133	15.0
60 a 64	19	49	68	27.9
Mayores de 65	21	94	115	18.3
Total	76	591	667	11.4

**Prevalencia por cada 100 personas de 20 años y más.*
Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Alcoholismo

Dentro de las viviendas encuestadas encontramos a 8 personas con alcoholismo de los 840 individuos. Dándonos una prevalencia del 1.1 por 100 personas y el grupo con una prevalencia mayor fue el de 45 a 49 años con un 3.2. Ver tabla 32.

Tabla 32. Prevalencia porcentual de alcoholismo de los integrantes de las viviendas encuestadas.En derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo de interés epidemiológico	Alcoholismo		Total	Prevalencia*
	SI	No		
10 a 14	0	18	18	0
15 a 19	0	61	61	0
20 a 24	1	75	76	1.3
25 a 44	1	209	210	0.46
45 a 49	2	60	62	3.2
50 a 59	2	131	133	1.5
60 a 64	0	68	68	0
mayores de 65	2	113	115	1.7
Total	8	743	751	1.1

**Prevalencia por cada 100 personas de 20 años y más. Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007*

Tabaquismo

En las familias encuestadas encontramos a 73 personas con tabaquismo de los 751 individuos de 12 años y más que habitaban en las viviendas, dándonos una prevalencia de 9.6 por 100 habitantes. El grupo 25 a 44 años tiene una prevalencia mayor de 14.7 de tabaquismo con 31 personas lo que equivale al 14.7. Ver tabla 33.

Tabla 33. Prevalencia de tabaquismo de los habitantes de las viviendas encuestadas, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo de interés epidemiológico	Tabaquismo	Total		
	Si	No		Prevalencia*
10 a 14	0	18	18	0
15 a 19	2	61	63	3.2
20 a 24	7	66	76	9.2
25 a 44	31	179	210	14.7
45 a 49	6	56	62	9.6
50 a 59	15	118	133	11.2
60 a 64	2	66	68	2.9
mayores de 65	9	106	115	7.8
Total	72	672	751	9.6%

**Prevalencia por cada 100 personas de 20 años y más. Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007*

MORTALIDAD

Las 10 principales causas de mortalidad en las viviendas encuestadas fueron la diabetes mellitus, cirrosis hepática, accidentes automovilísticos, infarto agudo al miocardio, cáncer, derrame cerebral, enfisema pulmonar, fractura, muerte natural y paro respiratorio.

Diabetes Mellitus Tipo 2

Hubo 6 muertes en el periodo 2000-2007, en los años 2006 y 2007 hubo 2 muertes respetivamente por diabetes mellitus tipo 2. Ver tabla 34.

Tabla 34. Distribución porcentual anual de mortalidad, por diabetes mellitus tipo 2, de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones	Porcentaje
2000	1	16.7
2003	1	16.7
2006	2	33.3
2007	2	33.3
Total	6	100.0

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

De las 6 muertes 4 fueron hombres y 2 mujeres. Ver tabla 35.

Tabla 35. Distribución porcentual por sexo y edad de mortalidad, por diabetes mellitus tipo 2, de los habitantes de 10 años y más las viviendas encuestadas. En la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo etáreo	Sexo				Total	%
	Hombre	%	Mujer	%		
60 a 64	2	100	0	0	2	33.3
Mayores de 65	2	50	2	50	4	66.7
Total	4	66.7	2	33.3	6	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Cirrosis Hepática

Hubo 2 muertes en el periodo del 2000 al 2007 por cirrosis hepática, en los años 2003 y 2007, siendo una respetivamente por cirrosis hepática. Ver tabla 36.

Tabla 36. Distribución anual de mortalidad por cirrosis hepática de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones
2003	1
2007	1
Total	2

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Las 2 muertes fueron hombres. Ver tabla 37.

Tabla 37. Distribución porcentual sexo de mortalidad por cirrosis hepática de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo etáreo	Sexo		
	Hombre	%	Total
40 a 44	1	50	1
Mayores de 65	1	50	1
Total	2	100	2

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Accidente automovilístico

En el periodo 2000-2007 hubo 2 muertes, una en los años 2002 y 2004 respetivamente por accidente automovilístico. Ver tabla 38.

Tabla 38. Distribución anual de mortalidad por accidentes automovilísticos de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones
2002	1
2004	1
Total	2

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Las 2 muertes fueron hombres en los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años. Ver tabla 39.

Tabla 39. Distribución porcentual de mortalidad por accidentes automovilísticos de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007.

Grupo etáreo	Sexo		
	Hombre	%	Total
20 a 24	1	100	1
25 a 29	1	100	1
Total	2	100	2

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Infarto Agudo Del Miocardio

En el periodo 200-2007 hubo 4 muertes por infarto agudo al miocardio, en los años 2001, 2004, 2005 y 2006, hubo una muerte respetivamente por infarto agudo al miocardio. Ver tabla 40.

Tabla 40. Distribución porcentual anual de mortalidad por infarto agudo al miocardio de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones	%
2001	1	25.0
2004	1	25.0
2005	1	25.0
2006	1	25.0
Total	4	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Fueron 3 hombres y 1 mujer en el grupo de 55 a 59 y mayores de 65 años. Ver tabla 41.

Tabla 41. Distribución porcentual por edad y sexo de mortalidad por infarto agudo al miocardio de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo etáreo	Sexo				Total	%
	Hombre	%	Mujer	%		
55 a 59	1	100	0	0	1	25
Mayores de 65	2	66.7	1	33.3	3	75
Total	3	75	1		4	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Cáncer

En el periodo 2000-2007 hubo 2 muertes por cáncer, estas 2 muertes fueron mujeres mayores de 65 años, una falleció en el 2002 y otra en el 2007. Ver tabla 42 y 43.

Tabla 42. Distribución porcentual de mortalidad por cáncer de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo etáreo	Sexo		Total	%
	Mujer	%		
Mayores de 65	2	100	2	100
Total	2	100	2	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Tabla 43. Distribución porcentual de mortalidad por cáncer de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones	%
2002	1	50
2007	1	50
Total	2	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Derrame Cerebral

En el periodo 2000-2007 hubo 2 defunciones por derrame cerebral, las 2 defunciones fueron mujeres en el grupo de mayores de 65 años, una en el año 2005 y otra en el 2007. Ver tabla 44 y 45.

Tabla 44. Distribución porcentual grupo etáreo y sexo de mortalidad por derrame cerebral, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo etáreo	Sexo		Total	%
	Mujer	%		
Mayores de 65	2	100	2	100
Total	2	100	2	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Tabla 45. Distribución porcentual de mortalidad por derrame cerebral de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones	%
2005	1	50
2007	1	50
Total	2	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Enfisema pulmonar

En el periodo 2000-2007 1 mujer en el grupo de mayores de 65 años falleció de enfisema pulmonar, dicha muerte ocurrió en el 2006. Ver tabla 46 y 47.

Tabla 46. Distribución por grupo etáreo y sexo de mortalidad por enfisema pulmonar, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo etáreo	Sexo		Total	%
	Mujer	%		
Mayores de 65	1	100	1	100
Total	1	100	1	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Tabla 47. Distribución porcentual de mortalidad por enfisema pulmonar de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones	%
2006	1	100
Total	1	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Fractura

En el periodo 2000-2007 1 hombre en el grupo de mayores de 65 años falleció en el 2002 a causa de una fractura. Ver tabla 48 y 49.

Tabla 48. Distribución por grupo etáreo y sexo de mortalidad por fractura, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo etáreo	Sexo		Total	%
	Hombre	%		
Mayores de 65	1	100	1	100
Total	1	100	1	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Tabla 49. Distribución porcentual de mortalidad por fractura de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones	%
2002	1	100
Total	1	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Natural

Fueron 2 muertes por causa natural en el periodo 2000.2007 de las cuales fue 1 hombre y 1 mujer en el grupo de mayores de 65 años. Ver tabla 50 y 451.

Tabla 50. Distribución porcentual por grupo etáreo y por sexo de mortalidad por muerte natural, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo etáreo	Sexo				Total	%
	Hombre	%	Mujer	%		
Mayores de 65	1	100	1	100	2	100
Total	1	100	1	100	2	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Tabla 51. Distribución porcentual de mortalidad por muerte natural de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones	%
2002	1	100
Total	1	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Paro Respiratorio

Fue 1 muerte por para respiratorio en el periodo 2000.2007, la cual era una mujer en el grupo de mayores de 65 años. Ver tabla 52 y 53

Tabla 52. Distribución por grupo etáreo y sexo de mortalidad por paro respiratorio, en derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

	Sexo		Total	%
Grupo etáreo	Mujer	%		
Mayores de 65	1	100	1	100
Total	1	100	1	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Tabla 53. Distribución porcentual de mortalidad por paro respiratorio de los habitantes de las viviendas encuestadas, en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Año	Defunciones	%
2002	1	100
Total	1	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Análisis estadístico de factores de riesgo

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS-15.0. Se utilizaron frecuencias simples y medidas de

tendencia central (medias +- desviación estándar). Se empleó una tabla de contingencia de 2x2, odds ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) del 95 por ciento, para determinar el riesgo de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años y en el adulto mayor, enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años de edad, accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos mayores de 16 años, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, muerte por diabetes mellitus tipo 2 por algunos factores de riesgo ya estudiados por otros investigadores (sexo, obesidad, alcoholismo, tratamiento, alimentación al seno materno, etc).

Infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años. Ver tabla 54

Tabla 54. Factores de riesgo, riesgo relativo e intervalo de confianza para enfermar de IRAS en niños menores de 5 años habitantes de las viviendas encuestadas en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz,2007

Factor de riesgo	RR	I.C. 95%	
Sin Lactancia	0.80	0.21	2.13
Con exposición al humo de leña o carbón	0.91	0.05	14.27
Con exposición al humo de tabaco	1.04	0.33	3.52
Esquema incompleto de pentavalente	1.56	0.45	16.42
Esquema incompleto de anti-influenza	1.01	0.28	3.66
Responsable del menor analfabeta	-	-	-
El responsable sin capacitación en el manejo de infección respiratoria	1.18	0.44	4.29
NEF (bajo-medio)	0.57	0.05	2.47
NEF (bajo-alto)	0.80	0.11	4.59

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Infección respiratoria aguda en adultos de 60 años y más. Ver tabla 55.

Tabla 55. Factores de riesgo, riesgo relativo e intervalo de confianza para enfermar de IRAS en adultos mayores de 60 años habitantes de las viviendas encuestadas en la UMF No. 10

Factor de riesgo	RR	I.C. 95%	
Con exposición al humo de tabaco	1.097	0.323	4.088
Esquema incompleto de anti-influenza	1.110	0.601	2.302
Esquema incompleto de anti-neumocóccica	0.888	0.442	1.597
Con diabetes	1.567	1.002	4.159
NEF (bajo-medio)	0.818	0.184	3.064
NEF (bajo-alto)	0.801	0.179	2.927

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Ver tabla 56.

Tabla 56. Factores de riesgo, riesgo relativo e intervalo de confianza para enfermar de EDAS en niños menores de 5 años habitantes de las viviendas encuestadas en la UMF No. 10

Factor de riesgo	RR	I.C. 95%	
Sin agua entubada	4.3333	0.0632	4.3846
Basura en la dentro de la vivienda	3.6667	0.3553	58.1441
Sin lactancia materna	1.4000	0.1866	11.2586
NEF (bajo-medio)	2.8333	0.1691	61.5185
NEF (bajo-alto)	2.0833	0.1748	30.9375

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Infección de vías urinarias en mujeres de 15 años y más. Ver tabla 57.

Tabla 57. Factores de riesgo, riesgo relativo e intervalo de confianza para enfermar de IVUS en mujeres de 15 años y más habitantes de las viviendas encuestadas en la UMF No. 10

Factor de riesgo	RR	I.C. 95%	
Con Diabetes	3.48	0.84	22.48
Uso de baños públicos	1.58	0.77	3.47
Agua ingerida (menores de 2 litros)	1.86	0.91	4.19
Consumo de refrescos	0.91	0.41	2.02
Consumo de alimentos chatarra	1.97	0.87	5.19
Uso de preservativo	1.17	0.29	4.88
Con baño diario	0.70	0.15	3.08
Técnica inadecuada de limpieza genital	4.04	0.55	34.27

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Accidentes de tráfico en vehículo de motor en sujetos de 16 años y más. Ver tabla 58.

Tabla 58. Factores de riesgo, riesgo relativo e intervalo de confianza para sufrir accidentes de tráfico en sujetos de 16 años y más. Habitantes de las viviendas encuestadas en la UMF No. 10

Factor de riesgo	RR	I.C. 95%	
Sexo Masculino	0.6375	0.2828	1.1953
Edad menores de 25 años	1.8419	0.9514	4.7581
Ingerir bebidas alcohólicas	0.7412	0.0897	5.8533
Manejar a exceso de velocidad	0.4778	0.0985	1.9704
Mantenimiento al automóvil (más de 6 meses)	0.7500	0.2170	2.3847

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Enfermedad por hipertensión arterial sistémica. Ver tabla 59.

Tabla 59. Factores de riesgo, razón de momios e intervalo de confianza para enfermar HTA. Habitantes de las viviendas encuestadas en la UMF No. 10

Factor de riesgo	OR	I.C. 95%	
Edad mayor de 40 años	24.40	8.54	72.72
Sexo Masculino	0.4808	-1.1622	-0.3025
Familiar con hipertensión	1.6949	0.1211	0.9341
Con obesidad	1.6949	0.1330	0.9222
Con tabaquismo	0.5348	-1.3899	0.1380
Con alcoholismo	6.6667	0.0970	3.6972
Sin ejercicio físico	0.5495	-1.0006	-0.1971

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Enfermedad por diabetes mellitus tipo 2. Ver tabla 60.

Tabla 60. Factores de riesgo, razón de momios e intervalo de confianza para enfermar de DM2. Habitantes de las viviendas encuestadas en la UMF No. 10

Factor de riesgo	OR	I.C. 95%	
Edad	16.6667	1.6472	3.98
Sexo	0.5848	-1.0523	-0.02
Familiar con diabetes	1.5385	-0.0494	0.9109
Obesidad	1.1765	-0.3204	0.6454
Alcoholismo	1.7857	-1.6237	2.7833
Ejercicio físico	0.6098	-0.9825	-0.0068

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Muerte por diabetes mellitus tipo 2. Ver tabla 61.

Tabla 61. Factores de riesgo, razón de momios e intervalo de confianza para morir por DM2. Habitantes de las viviendas encuestadas en la UMF No. 10

Factor de riesgo	OR	I.C. 95%	
Edad	7.1429	1.2518	2.6804
Sexo	0.5848	-1.0523	-0.0207
Familiar con diabetes	1.5385	-0.0494	0.9109
Obesidad	1.1765	-0.3204	0.6454
Tabaquismo	0.5814	-2.0035	0.9189
Alcoholismo	1.7857	-1.6237	2.7833

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Derivados del análisis cualitativo
Espectro del discurso

El espectro del discurso facilitó el análisis de contenido de las representaciones entendiendo como representaciones las conceptualizaciones del informante frente al fenómeno del que habla, traduciéndose estas en percepciones.[35] Las tablas que representan los espectros del discurso se leen de forma horizontal. Las cruces indican la presencia de segmentos que identifican los subconceptos. Los números indican la cantidad de veces que el subconcepto se repitió en la entrevista. En los renglones se muestran las variables discursivas seguidas por la cualificación del espectro. En las columnas se dividen los subconceptos. Ver tabla 62.

Tabla 62. Espectro del discurso "concepto retos"

Variable/ Subconcepto	REm*	REcs*	REcp*	REed*	REcm*	REpa*	REec*
Directivo 1	x 5	x 8	x 1	x 1	x 4	x 2	x 1
Directivo 2	x 6	x 10	x 1	x 3	x 2	x 10	x 2
Cualificación Generalidad (Ge) Variabilidad (Va) Caso extremo (Ce)	Ge	Ge	Ge	Ge	Ge	Ge	Ge

**Ver tabla 11*

Definición de conceptos y subconceptos

Cualificación:
En la elaboración de la codificación de las entrevistas a los directivos encontramos básicamente generalidades, se identificaron subconceptos como: los retos en recursos materiales, en los que el directivo 1 nos hace referencia tanto de la infraestructura como los insumos indispensables para brindarles atención a los derechohabientes:

Segmento de la entrevista a el directivo 1:
"contar con todos los insumos necesarios para para brindarles a nuestro derechohabiente y que esta información que salga de su atención sirva al médico para dar un buen diagnóstico y atención a su enfermedad, ese es el principal reto y esos retos implican este, infraestructura implican equipamientos, he implica reactivos"

El directivo 2 en cuanto a los recursos materiales, también hace énfasis en los insumos necesarios para la prestación de los servicios, enfocándose sobre todo a los medicamentos:

Segmento de la entrevista a el directivo 2:
"la demanda de los insumos terapéuticos como son los medicamentos que siempre en ciertos periodos estamos batallando porque no nos alcanzan los medicamentos, se nos agotan algunas claves y y esto hace que cuando no tengamos con no tenemos con esa oportunidad esos medicamentos pues eh los derechohabientes que que requieren los medicamentos pues manifiesten inconformidades"
Sobre los retos de calidad de servicio el directivo 1 se enfoca en la atención y trato al público.

Segmento de la entrevista a el directivo 1
"Hay otra otro punto de vista en los servicios que nosotros brindamos y allí influyen muchísimos factores desde tipos administrativos hasta de de atención y trato al público".

El directivo 2 en cuanto calidad de servicio, se refiere a la saturación y tiempo al servicio que se le da al público derechohabiente:

Segmento de la entrevista a el directivo 2:
"la otra parte obedece a que tenemos una población mayoritariamente de de edades adultas y en edades avanzadas donde prevalecen pues la mayoría de los padecimiento crónicos degenerativos, esto hace que nuestra población particularmente de esta clínica sea muy demandante de los servicios y que genere eh sobre demandas que a veces saturan los servicios y que limita el tiempo que se pueda acceder a ellos por encontrarse saturados los espacios, las oportunidades de atención..."

Los retos de capacitación del personal, ambos directivos hacen igual alusión a la constante educación médica continua.

Segmento de la entrevista al directivo 2:
"las propias jornadas de trabajo para que el personal sea capacitado, se incentivado, sea motivado y apoyado por áreas profesionales pues que tienen como quehacer fundamental esto precisamente, la promoción y desarrollo del personal de trabajo".
Sobre los retos en educación al paciente el directivo 1 se preocupa por hacerles de su conocimiento a los usuarios de los cuidados e información necesaria con respecto a la salud:

Segmento de la entrevista al directivo 1:
"están enterados de su enfermedad ¿no? Eh y en su educación pero pues yo digo que si si uno como profesionista les explica"

El directivo 2 habló sobre la educación que se le otorga al derechohabiente para llevar un buen control de sus prestaciones:
"creo que es fundamental el hecho de que también la población reciba la orientación adecuada ya que cada vez nos damos cuenta que ehh los conflictos se generan en población que esta mal informada que a veces solicitan servicios o concesiones otorgamientos de prestaciones"

Los retos económicos, le directivo 1 nos habla sobre la intención de mejorar la organización del presupuesto para mejorar el abasto de insumos.
"dependen prácticamente de de los jefes ¿no? de los dirc los directivos que son los que o los que autorizan presupuestos para comprar cosas"

De igual forma el directivo 2 hace mención a los retos anteriormente mencionados y habla de la misma forma de los presupuestos:

"eh consolidadas mayoritarias porque no es nuestra función hay un área de adquisiciones delegacional y por otro lado nos vemos limitados porque pues a ultimas fechas la institución ha estado con presupuestos muy apretados"
Por otro lado encontramos una diversidad de ideas de los directivos cuando se hacían mención de los retos del proceso administrativo, el directivo 1 se enfoca

a la programación de las actividades para darles cumplimiento en su totalidad:

Segmento de la entrevista al directivo 1:
"bueno todo eso se, se tiene que ir programa programando a través del año para para darle cumplimiento y salir adelante, en cuanto a eso".

En cambio el directivo 2 menciona la organización de las diferentes instancias sobre la institución, además de que le da mayor relevancia a este reto, se enfoca en las funciones administrativas (planeación, organización, supervisión, integración, control, evaluación y ejecución) mencionadas de forma explícita e implícitamente:

Segmento de la entrevista al directivo 2
"actualmente las cargas de trabajo que se dan en el ámbito directivo se han sumado mm pues notablemente eh derivado de los pedimentos y requerimientos que diferentes instancias tienen para la unidad ya que todas las instancias eh delegacionales hablo desde las administrativas, las financieras las de eh el abasto, eh las de prestaciones eh económicas y sociales y las médicas todas son áreas que nos están demandando información nos están demandando eh ciertos pedimentos de evaluación o de compromisos de supervisión…"

Ideas básicas:
Los directivos hablaron mayormente del subconcepto de calidad de servicios y en este caso no variaba mucho su percepción sobre el reto que se tiene en este ámbito. El subconcepto que menos se reconoció en el discurso fue el de capacitación del personal, en el que de igual manera había similitud cuando se hacía alusión a éste. Sin embargo hubo diferencias en sus consideraciones acerca del reto de proceso administrativo, en el cual el directivo 1 se enfocó tanto en éste a comparación del directivo 2, además que el directivo 2 se orientó a las funciones administrativas en cambio el directivo 1 generalizó el subconcepto.

Análisis de contenido temático:
Los informantes asociaron lo que le preguntamos con los subconceptos de retos en recursos materiales, calidad de servicio, capacitación del personal, educación al derechohabiente, comunicación médico-paciente, proceso administrativo y recursos económicos, Así mismo se encontraron temas emergentes como por ejemplo: la responsabilidad del paciente, valoración de los prestadores de servicio de la misión y la visión de la institución, y el compromiso que tiene el directivo consigo mismo:

Segmento de la entrevista al directivo 2:
"…el directivo moderno tiene un gran compromiso también con el mismo que es una de las cosas importantísimas que debemos de cuidar, ya que muchas veces sacrificamos nuestra alimentación, nuestro descanso, nuestra armonía familiar por estar atendiendo toda esta gama de quehaceres, entonces en la medida en que logremos ese equilibrio, esa homeostasis eh en nuestra vida pues podremos tener más eficiencia…"

ESPECTRO DEL DISCURSO

Tabla 63 . "Percepción"

Variable/ Subconcepto	PEat*	PEcs*	PEcm*	Peed*	PEcp*	PEec*	Pesa*	Peen*
Prestador de servicio 1	x 1	x 4	x 1	x 5	x 1	0	x 1	x 1
Prestador de servicio 2	x 4	x 5	x 1	x 7	0	x 1	0	0
Cualificación Generalidad (Ge) Variabilidad (Va) Caso extremo (Ce)	Ge	Ge	Ge	Ge	Va	Va	Va	Va

** Ver tabla 12*

Cualificación
En la entrevista a los prestadores de servicio, encontramos generalidades en cuanto a la percepción en el apego al tratamiento, ambos prestadores refirieron que los derechohabientes que asistían a consulta deberían llevar de mejor manera el seguimiento terapéutico, sin embargo el segundo prestador servicios le da una mayor relevancia a este subconcepto, en especial mencionó que entre más se apeguen al tratamiento, más rápido se darán de alta:

Segmento de la entrevista al prestador de servicio 2
" tenemos pacientes que en la primera o segunda consulta, es decir a los dos o tres meses ya estamos dando de alta, cuando se apegan realmente a sus indicaciones y tenemos pacientes que a veces duramos hasta un año con ellos. Si todo depende de la evolución."

Los dos prestadores en cuanto a la percepción de calidad de servicio nos comentaron por una parte que piensan que es que el servicio que se les da a los derechohabientes en su percepción es bueno, aunque el prestador de servicio número 2 hace hincapié a que hay una falta de

recursos humanos algunas veces y que esto puede llegar a perjudicar el servicio que se da; el prestador de servicios número 1 menciona que además que sea bueno, se da más allá de lo que se debe de dar:

"…*de todo lo que hacemos si damos yo considero que tanto yo como todo el personal da lo que tiene que dar y hasta más de lo que tiene que dar porque se quiso tenemos mucha capacitación y motivación para dar un buen servicio una atención adecuada eficiente*…"

Al hablar de la percepción de la comunicación médico-paciente, en este caso se nos dijo por los dos entrevistados que se les orienta sobre su seguimiento de la enfermedad y se les exhorta a que el paciente exprese su sentir. El prestador de servicio 1 habla de una interacción entre los prestadores de servicios (profesionales) y los pacientes :
"*yo creo que es una interacción si es una es un intercambio entre profesionales que son los expertos en lo que estamos haciendo y los expertos en cómo se sienten*".

En tanto que el prestador de servicio 2 se refiere a la información que se le da a los derechohabientes:

Ahora bien en la percepción de educación al derechohabiente tanto el prestador de servicios número 1, como el prestador número 2, le dieron gran importancia a este subconcepto, ambos reiteran que si se les da educación al derechohabiente por parte del personal de la unidad, aunque el prestador número 1 además de que dice que si se les da educación mencionó que a pesar de que se da, la población no asiste a los cursos o programas que se hacen con el fin de que tengan mayor conocimiento sobre todo en la prevención de enfermedades y afirma que más que educación lo que afecta es un componente social:

Segmento de la entrevista al prestador 1
"*es un aspecto social no es un aspecto de educación porque la educación se le da pero una vez que la reciben bueno se ofrece, se oferta, miren hay esta promoción, se les va a enseñar, no vienen y si vienen no lo hacen ¿si?*"

El prestador de servicio 2 hace alusión a la educación que se da en su área:

Segmento de la entrevista al prestador 2
"*se les da educación nutricional, se les habla sobre los grupos de alimentos, se les habla, se les establece un plan alimentario individualizado, eso quiere decir que se les hace su estudio nutricional se les proporciona una guía donde se les da opciones de alimentos, se les enseña también cuales son las raciones como se maneja*".

Encontramos variabilidad en la percepción de la capacitación del personal, el prestador de servicios número 1 comentó sobre la motivación y capacitación que se les otorga para dar un buen servicio a diferencia del otro entrevistado que no hizo mención de ello; en cuanto al prestador de servicios número 1 no hizo alusión a la percepción económica y el prestador de servicios número 2 si lo tomó en cuenta apuntó los problemas con los ingresos económicos familiares los cuales no les permiten llevar un buen apego a sus tratamientos:

Segmento de la entrevista al prestador de servicios 2
"…*los pacientes en la mayoría, aunque sepan que les hace daño de todos modos tienen mala alimentación, malos hábitos, algunos desconocimiento eh algunos el ingreso no les permite tener una gran variedad de alimentos*… "

El subconcepto de salud se encuentra también con variabilidad, hace mención de esto el prestador de servicio 2, así mismo esperábamos que se mencionara más veces, lo mismo observamos con el subconcepto de enfermedad nadamás que en este caso quien lo mencionó fue el prestador de servicio 1, refiriéndose a este como un tipo de alteración de la salud:
"…*ahora entonces estamos este atendiendo los procesos en cuanto a alteraciones de en su salud mental*…"
Ideas básicas:
El subconcepto que más se mencionó por ambos prestadores de servicio fue el de educación al derechohabiente y los subconceptos que menos se presentaron fueron los de capacitación del personal y recursos económicos, además que en estos hubo variabilidad, el primero fue citado por el prestador de servicios 1 y el segundo, es decir recursos económicos fue mencionado por el prestador de servicios 2.

Análisis de contenido temático:
Se mencionaron temas como percepción en el apego al tratamiento, percepción de calidad de servicio, percepción de comunicación médico-paciente, percepción en la educación del derechohabiente, percepción en la capacitación del personal y percepción con los recursos económicos todos estos asociados a la pregunta que nos planteamos para estos actores sociales.
Surgieron algunos temas emergentes como por ejemplo: la valoración de la alimentación y nutrición en estado de salud-enfermedad de los derechohabientes, la intervención de la familia en la alimentación y la importancia de los estudios cualitativos.

Tabla 64. Espectro del discurso "percepcion" usuarios. Entrevista cualitativa individual.. Escenario: Unidad de Medicina Familiar núm. 10 de Xalapa, Veracruz

Variable/ Subconcepto	PEat*	PEcs*	PEcm*	PEed*	PEec*	PErm*	PEsa*	PEen*
Usuario 1	x 1	x 6	x 1	0	0	x 2	x 1	x 2
Usuario 2	0	x 12	x 6	x 2	x 1	0	x 4	x 3
Cualificación Generalidad (Ge) Variabilidad (Va) Caso extremo (Ce)	Va	Ge	Ge	Va	Va	Va	Ge	Ge

**= Ver apartado 4.4.2.1. Definición de conceptos y subconceptos.*

Cualificación:

Elaborando la codificación de la entrevista de los usuarios encontramos generalidades en la percepción de calidad de servicio, en las entrevistas de ambos usuarios fue el que más mencionaron; el usuario 1 señaló la calidad de servicio en el área administrativa, haciendo alusión a los asistentes médicos, era mala; pero que los prestadores de servicio de salud, refiriéndose mayormente a los doctores, era generalmente buena, enfatizando que una que otra vez fallaba:

Segmento de la entrevista al Usuario 1

"… hay doctores que que dan una atención excelente pero también este, uno que otro se le van los pies…"

En la entrevista al usuario 2 se encontró que el subconcepto a calidad de servicios fue dirigido especialmente al trato que recibían del prestador de servicios:

Segmento de la entrevista al Usuario 2

"aquí si la verdad nos están atendiendo bien por eso a nosotros nos extraña nos nos, este, a veces hasta nos da risa el trato porque pues nunca nos habían tratado así"

En cuanto al subconcepto de comunicación médico-paciente aunque los dos lo mencionaron, el usuario número 1 apenas y dijo algo sobre esto a diferencia del usuario número dos que lo recalco varias veces, aunque ambos hablan de que la comunicación entre médico-paciente en la unidad, es buena:

Segmento de la entrevista al usuario 1

"…buena el médico de los consultorios este es buena se interesa mucho por el paciente inclusive ven lado humano del paciente no nada más es a ver, de estás enfermo del estómago pues todo esto entra al entorno familiar tratan de buscar la explicación de las enfermedades de donde se originan cuáles son los factores de riesgo desde luego es bueno es muy completo…"

Segmento de la entrevista al usuario 2

"…me da hasta gusto a veces de venir, porque ya se que me van a atender bien porque ya sé que me van a dar un seguro bien que me van a dar una atención bien que me van a dar una información bien que si yo voy a preguntar algo sé que me lo van a dar sé que me van a dar esa información…"

De igual modo hubo generalidad en los subconceptos de enfermedad y salud, al hablar de salud ambos se orientaron de si se sentían bien o mal, más que nada como una percepción de salud basada en el bienestar:

Segmento de la entrevista al usuario 1:

"bien bueno yo afortunadamente bien de salud quien ha estado un poco mal ha sido mi esposa pero constantemente ha estado mal"

Segmento de la entrevista al usuario 2:

"ahorita de salud ahí más o menos estamos sintiendo entre bien y mal como ella se ha estado cuidando con lo que es el DIU yo creo no le no le funcionó muy bien y ahorita la están este de la está lastimando no sé qué está pasando que por eso mismo le estoy trayendo ahorita el seguro para que me lo chequén porque a mí sí me preocupa eso, que vean que que es lo que tiene"

En cuanto a la enfermedad, mencionaron la presencia o ausencia de esta, en ellos y en sus familiares:

Segmento de la entrevista al usuario 1:

"…bueno yo no he tenido no he padecido ninguna enfermedad este de ningún tipo afortunadamente este, bueno de vez en cuando dolor de cabeza que no es grave ni motivo de consulta mi esposa sí ha estado mal ella ha estado mal desde hace aproximadamente seis años por motivo de una depresión posparto mal tratada…"

Se encontró en cuanto a variabilidad los subconceptos de educación al derechohabiente, recursos económicos y recursos materiales. El usuario 1 no hizo referencia a los subconceptos de educación al derechohabiente y el usuario 2 si:

"te explican tienes esto te pasa esto, tienes que tomar tenlo así, y yo le digo van dos veces que traigo a mi hijo aquí

a lo que es urgencias y a mi esposa le explican que es lo que tiene que hacer, como lo tiene que hacer, como se lo tiene que dar, como es un bebé, le tiene que dar ella, le tiene que dar su medicamento con jeringa y le explica que tanto le tiene que poner en la jeringa de medicamento, o la explican si este polvo como se tiene que disolver lo como se lo tiene que echar como lo tiene que hacer"

De la misma forma el usuario número 1 no mencionó los recursos económicos, mientras que el usuario 2 si los menciona:
"¿qué le queda a uno? si no tiene uno dinero para llevarlo uno a un hospital no sé privado, no sé llevarlos con un doctor particular ¿cuánto cobra ahorita un doctor particular la consulta? 150 o 200 más el medicamento que a veces le recetan a uno, ¿cuánto viene costando?, a mí no me importaría tanto el dinero no me importaría tanto la economía, si yo lo tuviera adelante la llevó a ella pero desgraciadamente no lo tengo desgraciadamente, hhmm me ha ido mal económicamente me ha ido muy mal aparte de todas las deudas y pero el broncas que tengo pues este yo otros lo que voy ganando es para ir sobreviviendo poco a poco ¿no?, aunque sea para los frijoles dijeran muchos pero sale gracias a Dios no me puedo quejar porque cuando hay dinero de vez en cuando nos damos el lujo de comprarnos un pollito cual lo mejor esté en que los llevó a comer a fuera pero es de vez en cuando no es de siempre es un lujo que para nosotros es un lujo muy grande no por lo que hemos vivido por lo que hemos pasado y pues ya lo único que sí pido pues es un trato digno".

El usuario número 1 se refirió de recursos materiales tanto de manera general como particular, en lo particular hablaba en si de los medicamentos:
"…inclusive en el sentido de recetas en bueno casi un 90 por ciento te surten y cuando falta medicamento este lo consiguen o inclusive hasta dan vales…"

Mientras que el usuario 2 no hizo comentario alguno sobre los recursos materiales.

Ideas básicas:
El subconcepto que más se mencionó por ambos usuarios fue el de calidad de servicio, se refirieron a este básicamente en lo que es el trato y atención que se les da; y los subconceptos que menos se presentaron fueron los de apego al tratamiento y recursos económicos, el usuario 2 mencionó algunas veces los recursos económicos pero consideramos que sólo una vez con aspectos de que lo asociaban con su estado salud-enfermedad.

Análisis de contenido temático:
Se mencionaron temas como percepción en el apego al tratamiento, de calidad de servicio, de comunicación médico-paciente, en la educación del derechohabiente, de los recursos económicos, en salud y en enfermedad todos estos asociados a la pregunta que nos planteamos para estos actores sociales. Surgieron algunos temas emergentes como por ejemplo: la valoración de la alimentación, nutrición, la edad, el clima, el ejercicio, la actividad física relacionados a su estado de salud-enfermedad de los derechohabientes, la intervención de la familia en la alimentación y la importancia de los estudios cualitativos.

RECURSOS, SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD
Tipo de derechohabiencia y sexo

De los 840 individuos de las viviendas 715 eran derechohabientes del IMSS, de los cuales 301 fueron hombres y 414 mujeres, distribuidos por grupo de interés epidemiológico como se muestra en la tabla 88, de las 414 mujeres 3 no especificaron su edad. Ver tabla 65.

Tabla 65. Distribución por grupo de interés epidemiológico y sexo de derechohabientes al IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Grupo de interés epidemiológico	Sexo				Total	%
	Hombre	%	Mujer	%		
Menores de 1	3	0.9	8	1.9	11	1.5
01 a 04	15	5	13	3.1	28	3.9
05 a 09	9	3	10	2.4	19	2.7
10 a 14	16	5.3	13	3.1	29	4.1
15 a 19	26	8.6	21	5.1	47	6.6
20 a 24	23	7.6	31	7.5	54	7.6
25 a 44	53	13.6	102	24.6	155	21.7
45 a 49	25	8.3	36	8.7	61	8.5
50 a 59	51	16.9	79	19.1	130	18.2
60 a 64	23	7.6	43	10.4	66	9.2
Mayores de 65	57	18.9	55	13.3	112	15.7
No especificada	0	0	3	0.7	3	0.4
	301	42.1	414	57.9	715	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

De los 840 individuos de las viviendas 14 eran derechohabientes del instituto de seguridad y servicios sociales a los trabajadores del estado (ISSSTE), de los cuales 6 fueron hombres y 8 mujeres. Ver tabla 66

Tabla 66. Distribución por grupo de interés epidemiológico y sexo de derechohabientes al ISSSTE, en Xalapa, Ver. 2007

Grupo de interés epidemiológico	Sexo				Total	%
	Hombre	%	Mujer	%		
Menores de 1	1	16.7	0	0	1	7.1
01 a 04	0	0	1	12.5	1	7.1
05 a 09	0	0	1	12.5	1	7.1
10 a 14	0	0	2	25	2	14.4
15 a 19	1	16.7	0	0	1	7.1
25 a 44	3	50	3	37.5	6	43
45 a 49	1	16.7	0	0	1	7.1
mayores de 65	0	0	1	12.5	1	7.1
	6	42.9	8	57.1	14	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

De los 840 individuos de las viviendas 1 era derechohabiente a la secretaria de defensa nacional (SEDENA), el cual era un hombre de 28 años. Ver tabla 67.

Tabla 67. Distribución por edad y sexo de derechohabientes al SEDENA, en Xalapa, Ver. 2007

Grupos de interés epidemiológico	Sexo		Total	%
	Hombre	%		
25 a 44	1	100	1	100
Total	1	100	1	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

De los 840 individuos de las viviendas 5 eran derechohabiente al servicio médico de Veracruz (SEMV), de los cuales 3 eran hombres y 2 mujeres. Ver tabla 68.

Tabla 68. Distribución por grupo de interés epidemiológico y sexo de derechohabientes al SEMV. En Xalapa, Ver. 2007

Grupos de interés epidemiológico	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
15 a 19	0	1	1
20 a 24	2	0	2
25 a 44	1	1	2
	3	2	5

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

De los 840 individuos de las viviendas encuestadas 87 no tenían servicio de salud, de los cuales 40 eran hombres y 47 mujeres. Ver tabla 69.

Tabla 69. Distribución por grupo de interés epidemiológico y sexo de personas sin servicio médico. En Xalapa, Ver. 2007

Grupos de interés epidemiológico	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Menores de 1	1	0	1
01 a 04	4	3	7
05 a 09	3	2	5
10 a 14	0	1	1
15 a 19	3	8	11
20 a 24	4	12	16
25 a 44	21	20	41
50 a 59	2	0	2
60 a 64	1	0	1
Mayores de 65	1	1	2
	40	47	87

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Distribución por servicios utilizados

De los 840 individuos habitantes de las 268 viviendas acudían con mayor frecuencia al IMSS y a clínicas privadas. Ver tabla 70.

Tabla 70. Distribución porcentual de servicios utilizados, en Xalapa, Ver. 2007

Servicios de Salud	Frecuencia	%
IMSS	669	79.6
ISSSTE	11	1.3
SMUV	4	.5
Centro de salud	21	2.5
Privadas	102	12.1
Tradicionales	2	.2
Ninguna	28	3.3
No sabe	3	.4
Total	840	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud

De los 268 encuestados, el 61.6 por ciento refirieron tener una buena percepción de la calidad de los servicios de salud. Ver tabla 71.

Tabla 71. Distribución porcentual de la percepción de la calidad del servicio de salud en el la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz.

Percepcion	Frecuencia	%
Bueno	165	61.6
Regular	81	30.2
Malo	19	7.1
No responde	3	1.1
Total	268	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Distribución de menores de 5 años según esquemas de vacunación de:

Fueron 49 niños menores de 5 años los que habitaban en las viviendas de los cuales 42 contaban con la pentavalente. Ver tabla 72.

Tabla 72. Distribución porcentual de niños menores de 5 años con la vacuna pentavalente en Xalapa, Ver. 2007

Pentavalente	Frecuencia	%
Si	42	85.7
No	7	14.3
Total	49	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

De estos 49 niños 35 tenían la del neumococo. Ver tabla 73.

Tabla 73. Distribución porcentual de niños menores de5 años con la vacuna del neumococo en Xalapa, Ver. 2007

Neumococo	Frecuencia	%
Si	35	71.4
No	14	28.6
Total	49	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

También refirieron tener 40 niños la vacuna contra la influenza. Ver tabla 74.

Tabla 74. Distribución porcentual de niños menores de5 años con la vacuna influenza en Xalapa, Ver. 2007

Influenza	Frecuencia	%
Si	40	81.6
No	7	14.3
599	1	2.0
Total	49	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Atención médica para su enfermedad

De las personas que padecen DM2 el 100 por ciento recibe tratamiento. Ver tabla 75.

Tabla 75. Distribución porcentual de diabéticos que reciben tratamiento en Xalapa, Ver. 2007

Tratamiento	Frecuencia	%
Si	76	100.0

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Servicios de salud a los que acuden

De las 82 personas que refirieron recibir tratamiento el 95.1 por ciento lo recibían del IMSS. Ver tabla 76.

Tabla 76. Distribución porcentual de servicios a los que acuden los pacientes diabéticos en Xalapa, Ver. 2007

Servicio	Frecuencia	%
IMSS	79	95.1
SSA centro de salud	1	1.2
Privada	2	2.4
No sabe	1	1.2
Total	82	100.0

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Atención médica para su enfermedad

De las personas que padecen hipertensión arterial 116 reciben tratamiento. Ver tabla 77.

Tabla 77. Distribución porcentual de hipertensos que reciben tratamiento en Xalapa, Ver. 2007

Tratamiento	Frecuencia	%
Si	119	96.7
No	5	3.3
Total	124	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Servicios de salud a los que acuden

De las 120 personas que refirieron recibir tratamiento el 94.2 por ciento lo recibían del IMSS. Ver tabla 78.

Tabla 78. Distribución porcentual de servicios a los que acuden los pacientes hipertensos en Xalapa, Ver. 2007

Servicio	Frecuencia	%
IMSS	117	94.2
Privada	4	3.3
Otro(especifique)	2	1.7
NO SABE	1	.8
Total	120	100

Fuente: encuesta a derechohabientes de la UMF N°10 del IMSS en Xalapa, Ver. 2007

Rendimiento de consultas horas-médico
Los medico de la UMF N°10 del IMSS de Xalapa, Veracruz, atienden a 4 pacientes por hora.

8. DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue determinar los daños a la salud, sus factores de riesgo y los recursos con que se cuenta para la atención de la población derechohabiente de UMF 10 del IMSS de Xalapa, Ver. Así como identificar las percepciones que sobre el proceso de salud-enfermedad y su atención tienen los directivos, usuarios y prestadores de servicio.

Los objetivos específicos fueron establecer la incidencia y prevalencia de los principales daños a la salud, establecer la asociación existente entre los factores de riesgo y los principales daños a la salud, evaluar los recursos para la salud que se disponen para la atención de los principales daños y proponer alternativas para mejorar las condiciones de salud de la población.

El objetivo general y los específicos fueron alcanzados, esta afirmación se puede hacer gracias a los resultados obtenidos en este estudio por otro lado, es importante señalar que este estudio posee algunas limitaciones que deben de ser consideradas al momento de interpretar los resultados. La información generada surge de una muestra poblacional que es derechohabiente de una institución de salud, de tal manera que los datos no pueden ser generalizados a población abierta. El diseño de investigación utilizado fue transversal. La tasa de incidencia de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, infección de vías urinarias, accidentes de transporte en vehiculo de motor, infarto agudo de miocardio y la prevalencia de la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, alcoholismo y tabaquismo esta basado en lo que declararon los participantes y no se realizaron exámenes de laboratorio o gabinete para corroborar la información.

El 13.6 por ciento de la población de nuestro estudio lo ocupó el grupo etáreo de 65 años y más, por el contrario, las cifras reportadas en el diagnóstico de salud del 2006 de la UMF No. 10[1], indican que el grupo etáreo de 45 a 49 años ocupa el primer lugar con el 8.2 por ciento. Más sin embargo la razón mujer-hombres es la misma en los 2 estudios, de por cada hombres hay 1.33 mujeres.

En nuestro estudio tuvimos una tasa de natalidad de 14.8 nacimiento por 1000 habitantes en el 2007, en el diagnóstico de salud del 2006 de la UMF No. 10 del IMSS de Xalapa, Veracruz se reporta una tasa de natalidad de 22.5 por 10,000 derechohabientes en el 2005[16].

Los derechohabientes que se atienden en la UMF No. 10 del IMSS tienen un índice de analfabetismo del 10.6 por ciento, también el 26.1 por ciento de la población tiene el nivel primaria, así lo reporta el diagnóstico de salud del 2006 de la unidad[1], en nuestro estudio reportamos el 2.9 por ciento de analfabetismo y el 23.3 por ciento tienen un nivel de escolaridad primaria, esta diferencia en el analfabetismo puede deberse al tamaño de población que manejamos en nuestro trabajo de investigación en comparación con la población que tiene la unidad[16].

Al analizar el hacinamiento en que vivían las personas recabamos información de que el 7.5 por ciento de nuestra población encuestada vivía con hacinamiento, esta cifra esta por debajo de lo reportado en el diagnóstico de salud del a UMF No. 10, 22.22 por ciento[16].

De acuerdo a investigaciones previas, las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyen uno de los principales motivos de demanda de atención médica en los sistemas de atención médica. Hernández-Cadena y col. Encontraron que las consultas por infecciones de vías respiratorias superiores y asma fueron más frecuentes en niños menores de 5 años de edad, principalmente entre los de 1-5 años (48.7 por ciento y 49.77 por ciento respectivamente), mientras que las infecciones de vías respiratorias inferiores fueron más frecuentes en niños menores de un año (47 por ciento). El grupo menos susceptible, en general, fue el de mayores a 5 años, aunque, en el caso de asma, la menor proporción de consultas fue en niños menores de un año[36]. Nuestros resultados están de acuerdo con este reporte al registrar una tasa de incidencia de las infecciones respiratorias del 45.8 por ciento, con una mayor afectación a niños de 4 años de edad. Más aún, en nuestro estudio nosotros encontramos una tasa de incidencia del 33.3 por ciento en adultos mayores de 60 años. Es probable que esta

mayor afectación a estos grupos de edad sea debido a una mayor susceptibilidad debida a problemas del sistema inmunológico; al hacinamiento encontrado en las viviendas o bien a un cuidado personal deficiente. Estas hipótesis requieren ser probadas a través de estudios longitudinales. De acuerdo al análisis en este estudio, los pacientes enfermos de diabetes mellitus tipo 2 tienen 1.56 veces más riesgo de sufrir infecciones de vías respiratorias en comparación con las personas sin DM2. Este efecto ya había sido reportado en investigaciones previas como las desarrolladas por Looijmans y col. quienes reportaron un riesgo aumentado de sufrir infecciones agudas respiratorias virales en los adultos mayores con diabetes tipo 2 [37].

En nuestro estudio encontramos el 19.03 por ciento viviendas en condiciones desfavorables para la trasmisión de EDAS, esto se debe a que en las viviendas encontramos casas con piso de tierra, sin agua entubada, sin drenaje, al igual que en el diagnóstico de salud del a UMF No. 10 del 2006, ellos también reportaron cifras de las viviendas con piso de tierra (18.72 por ciento), sin agua entubada (15.64 por ciento) y sin drenaje (2.28 por ciento)[16]. Todas estas condiciones físicas son factores de riesgo para la transmisión de EDAS.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la diarrea es uno de los cinco principales problemas de salud pública mundial, con elevados índices de morbilidad y mortalidad infantil en países en desarrollo.[38] Algunas investigadores señalan que en México, la diarrea aún ocupa el segundo lugar entre los padecimientos infecciosos, con una tasa de 3100 por cada 100 mil habitantes, siendo los menores de un año el grupo más afectado, con una mortalidad de 10 por ciento. [39] Los resultados en el presente estudio permiten apoyar estas observaciones al encontrar que la tasa de incidencia de enfermedades por diarrea se situó en 37.6 por cada 100 menores de cinco años, con una mayor afectación de niños de un año y menores de esta edad. En el diagnóstico de salud del 2006 de la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz muestra una tasa de 3.31 por cada 10,000 menores de cinco años. Estos resultados muestran que las estrategias de los programas preventivos de salud requieren ser reforzados para limitar el desarrollo de estas patologías.

En nuestro estudio nosotros registramos la presencia de infecciones de vías urinarias solamente en mujeres mayores de 15 años, encontrando una tasa de incidencia de 7.5 por cada 100 mujeres. Estos resultados son diferentes a los reportados por Bent y Saint quienes señalan una mayor afectación de mujeres en edades de los 20 a los 40 años[40]. Con base en nuestros resultados es importante promocionar medidas de prevención a la salud, actuando sobre todo en los grupos más vulnerables para mejorar la calidad de vida de la población.

De acuerdo a estadísticas nacionales los accidentes automovilísticos representan una de las principales causas de muerte en todos los grupos de edad[42]. En nuestro estudio se registró una frecuencia del 5 por ciento de accidentes de transporte en vehículo de motor durante los últimos 8 años, durante este periodo se reportaron dos casos de muerte, uno por accidente en motocicleta y otro en un automóvil. Es importante considerar que muchas de las familias incluidas en este estudio no poseen un vehículo, por lo tanto la magnitud del problema que representan los accidentes automovilísticos requiere ser mejor estudiada a través de un proyecto de investigación mejor planificado. De cualquier manera, es importante tener presente nuestros resultados pues estos reflejan que los accidentes de transporte en vehículo de motor constituyen un problema serio para la comunidad, sobre todo si consideramos que la planta vehicular se ha incrementado en los últimos años.

Se ha mencionado que las enfermedades cardiovasculares, sobre todo el infarto al miocardio, constituyen problemas importantes de salud pública. Algunos investigadores como Szot MJ, señalan que en las últimas décadas, las muertes atribuidas al infarto al miocardio ocupa el primer lugar entre todas las defunciones (33 por ciento)[40]. Nuestros datos están de acuerdo en que el infarto al miocardio representa un problema importante de salud al registrar una tasa de incidencia de 4 por ciento durante los últimos 8 años, en personas mayores de 25 años de edad. Estos resultados pueden ser debidos a varias circunstancias; por un lado al incremento de la esperanza de vida al nacer y por otro a una mayor exposición de los factores que favorecen el desarrollo de la patología como: estrés, tabaquismo, obesidad, sedentarismo etc.

Actualmente, se considera que las enfermedades crónicas, como la hipertensión, se han convertido en las principales causas de morbilidad y mortalidad en México. En nuestro estudio se registró una prevalencia de hipertensión arterial del 18 por ciento, una cifra menor que la documentada para la república mexicana (30.05 por ciento), por Velásquez y col en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y dicha cifra también se menciona en el Programa Nacional de Salud (30.8 por ciento)[16, 41].

Es importante diseñar programas de salud para modificar los estilos de vida de la población y así reducir el número de casos de esta enfermedad.

Actualmente, la diabetes mellitus tipo2 constituye un problema de salud de grandes dimensiones, tanto a nivel mundial como nacional. De acuerdo a Olaiz-Fernández y col[42]. La prevalencia nacional de DM en adultos de 20 y más años de edad fue de 7.5 por 100 habitantes (mujeres 7.8 por ciento y hombres 7.2 por ciento). En este mismo estudio se documentó que la DM fue más frecuente en la población con menor escolaridad (9.9 por ciento) y menor ingreso (8.1 por ciento). Por otro lado, algunos investigadores señalan que la DM es la primera causa de muerte desde el año 2000. [42]El análisis en este estudio muestra que en efecto, la DM es un problema importante de salud, al documentar una prevalencia de DM de 11.4 por 100 habitantes, con un número mayor de casos reportados en grupo de edad de 60-64 años. De acuerdo al análisis en este estudio, los pacientes enfermos de diabetes mellitus tipo 2 tienen 1.56 veces más riesgo de sufrir infecciones de vías respiratorias en comparación con las personas sin DM2. Este efecto ya había sido reportado en investigaciones previas como las desarrolladas por Looijmans y col. quienes reportaron un riesgo aumentado de sufrir infecciones agudas respiratorias virales en los adultos mayores con diabetes tipo 2.[43], por otro lado nuestros datos muestran que las personas mayores de 40 años de edad tienen un riesgo mayor de desarrollar diabetes mellitus 2. Reportes de investigaciones previas, como las desarrolladas por Vázquez y col, y el Programa Nacional de Salud están de acuerdo con nuestros resultados[16, 44].

De acuerdo a la información recabada se registraron seis casos de defunción relacionadas con la DM en el periodo 2000 – 2007, cuatro de estas en personas mayores de 65 años. Gutiérrez-Vázquez y col. han señalado que los diabéticos mayores de edad tienen un mayor riesgo muerte, más aún, ellos señalan que lo más alarmante es la corta expectativa de vida que tiene un paciente diabético la cual oscila en torno a los 10 años. Nuestros resultados permiten apoyar la teoría que los pacientes diabéticos de mayor edad tienen 7 veces más riesgo de morir en comparación con los diabéticos jóvenes[45].

El consumo de sustancias como alcohol y tabaco es un problema de salud de grandes dimensiones. Según la Encuesta Nacional de Adicciones en México 2002, 72 por ciento de la población masculina y 42 por ciento de la femenina mayor de 18 años consume alcohol[46]. Según la información recabada, la prevalencia de alcoholismo entre la población estudiada fue de 1.1 por ciento, un porcentaje más reducido en comparación con la media nacional, se requiere realizar nuevas investigaciones para corroborar nuestros datos. En otro orden de ideas, el tabaquismo es una de la principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, 30 por ciento de los adultos son fumadores, y de estos 3.5 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo.[47] En México, la prevalencia de tabaquismo se ubica en 27.7 por ciento y algunas estimaciones conservadoras indican que mueren aproximadamente 122 personas por día debido a enfermedades asociadas con el tabaquismo; en total, más de 44 mil fumadores mueren al año[48]. En la muestra que nosotros estudiamos la prevalencia documentada fue de 9.6 por ciento. Es posible que la diferencia de las prevalencia encontradas en el análisis y otros estudios pueda ser explicada por el tamaño de muestra incluida y por el diseño de investigación utilizado.

Los resultados muestran que la percepción, en el estado de salud-enfermedad de los derechohabientes desde la perspectiva de los usuarios y los prestadores de servicio, así como los retos a resolver de la unidad desde el enfoque de los directivos; están asociados con las cifras encontradas en las variables sociodemográficas, epidemiológicas y de calidad de servicios.

En los resultados cuantificados, como se pudo observar anteriormente, se encontró que la diabetes mellitus e hipertensión (enfermedades crónico-degenerativas), fueron las enfermedades con mayor prevalencia en la población encuestada. Tanto los prestadores de servicio como los directivos recalcaron la importancia de combatir estas enfermedades. Uno de los directivos menciona que la población de la unidad es en su mayoría personas adultas y adultas mayores, lo que coincide con los resultados que se hallaron en el enfoque cuantitativo también recalca que debido a esto es la prevalencia de los padecimientos crónico-degenerativos en la unidad.

Llama la atención que los usuarios no se enfocan tanto en esto. Ambos usuarios hacen mención de las infecciones respiratorias agudas en sus hijos. Esto puede deberse a que las entrevistas fueron realizadas en invierno. En los resultados que se presentaron de las encuestas, como se había mencionado anteriormente se encontró una tasa de incidencia de 45.8 por cada 100 niños menores de 5 años en el mes previo a la encuesta (noviembre-diciembre

2007) por tanto se puede asociar con lo que expresaron los usuarios. Así mismo, los usuarios hacen mención de otras enfermedades que no se encuentran en las encuestas realizadas, tal es el caso de la depresión posparto.

Los prestadores de servicio y directivos, hacen alusión a que existe una orientación en salud hacia los derechohabientes, pero que a pesar de esto no muestran algunos derechohabientes el interés que se espera. La prestadora de servicios recalca que más que un aspecto educativo lo que afecta es un aspecto social. Se enfocan por tanto a la educación en salud, no en su nivel de escolaridad, por lo que no se relaciona con los resultados cuantitativos.

En calidad de servicio, el directivo 2 hace mención de que un alto porcentaje de la población que asiste a la unidad opina que hay una buena calidad de servicio, lo que corresponde a lo dicho por los usuarios, aunque hay que reiterar que uno de los usuarios se refiere a la calidad de servicio de la atención médica, porque no tiene la misma percepción de calidad de servicio por parte de las asistentes de los médicos, que menciona que es malo. Desde la perspectiva cuantitativa se puede decir que tiene cierto parecido con lo antes mencionado, aunque en este caso la pregunta dirigida era sobre la calidad de servicio en general, en donde más de la mitad refirió que se otorgaba una buena calidad de servicio en la unidad (61.6 por ciento).

Coincidimos con lo que aseveran Sacchi y col. (2007) en cuanto a como definen el proceso salud-enfermedad-atención: "es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos de medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida"[14].

9. CONCLUSIÓN

El diagnóstico de salud es primordial en el proceso de evaluación de las necesidades de salud de la población derechohabiente, para la priorización de daños a la salud, así como para la elaboración de recomendaciones que posteriormente permitan la elaboración de programas e intervenciones para prevenir y controlar enfermedades.

En este estudio hemos querido mostrar la posibilidad que presentó la consolidación de la metodología cualitativa y cuantitativa en investigación de salud. La importancia de la etapa cualitativa radicó en poder identificar las percepciones de los actores sociales en cuanto al estado de salud-enfermedad de los derechohabientes y de los retos que se presentan para la unidad, en tanto que la etapa cuantitativa permitió identificar los principales daños a la salud; esto en conjunto nos puede resultar muy valiosos a la hora de poner en marcha nuevos programas de salud pública, ya que es un estudio que va más allá de lo que se podría hacer con un solo método.

En cuanto al apartado cuantitativo se arrojaron resultados los cuales identifican a la diabetes mellitus e hipertensión arterial como principales enfermedades crónico degenerativas que se tratan en la UMF No. 10 del IMSS en Xalapa, Veracruz con un 11.4 por ciento y 18 por ciento respectivamente.

Por otro lado es interesante la percepción que arrojaron las entrevistas realizadas a los directivos y prestadores de servicio en contraste con la de los usuarios, en donde observamos las diferentes prioridades de acuerdo al papel que desempeña cada entrevistado en la UMF No. 10 en Xalapa, Veracruz.

Se encontró una asociación parcial entre los resultados cualitativos y cuantitativos en donde obtuvimos un aprendizaje, ya que la misma posee una gama de características fundamentales, que se estrechan de manera muy compacta para poder captar la información o para lograr los objetivos propuestos.

10. RECOMENDACIONES

- Deben ser iniciadas políticas de salud pública adecuadas a cada región para educar a la población con el objetivo de lograr mejores hábitos alimentarios e incrementar las oportunidades para realizar actividad física en los ámbitos escolar y comunitario.
- Se sugiere realizar más investigaciones con la integración de los métodos cualitativos y cuantitativos, para mejorar los programas en salud pública.
- Realizar estudios comparativos con otras unidades de medicina familiar para valorar los resultados obtenidos en este diagnóstico.
- Fomentar la investigación por parte del equipo de salud que conforma esta unidad.
- Fomentar la cultura de la prevención en los derechohabientes de la UMF No. 10 del IMSS de Xalapa, Veracruz.
- Fomentar actitudes positivas para la adecuada atención del derechohabiente por parte del personal que conforma la UMF.

• Fomentar a los usuarios la integración a los grupos de autoayuda.
• Impartir pláticas preventivas de interés para los usuarios en general de la UMF No. 10.
• Poner mayor atención a las sugerencias por parte de los derechohabientes para la mejora de la UMF No.10.
• Fomentar la atención multidisciplinaria en el personal de salud.
• Continuar con la capacitación médica continua para la mejor atención del derechohabiente.

11. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

Los estudiantes seleccionados para la Maestría en Salud Pública, iniciamos el primer semestre en donde se nos impartieron clases teóricas posteriormente se nos dividió por equipos de 3 integrantes cada uno. Se nos asignó a la UMF No. 10 del IMSS con la finalidad de realizar un diagnóstico de salud. Nuestras expectativas fueron amplias para el desarrollo de este diagnóstico. Para los profesores que integraron este curso fue muy difícil unificar criterios para la realización del instrumento que se utilizó, realizando frecuentemente cambios en la forma y contenido del cuestionario para mejorar y facilitar la realización de las encuestas. Con la recolección de información desde un inicio establecimos la planeación de trabajo, realizábamos un número determinado de encuestas diariamente para posteriormente realizar su captura.

En el tiempo que estuvimos procesando los datos, tuvimos algunos problemas de organización grupal, resueltos sin contratiempos, cambiamos por completo nuestras actividades diarias, nos volvimos sedentarios puesto que pasábamos muchas horas sentados frente a la computadora ingresando información a la base de datos, mantuvimos una mala alimentación en calidad y cantidad, debido al estrés al que fuimos sometidos y los malos hábitos alimentarios, se presentaron algunas patologías en los integrantes de nuestro equipo como son el desarrollo de reflujo gastroesofagico, gastritis, colitis nerviosa, las cuales hemos controlado gracias a nuestras profesiones. Todo esto no fue ningún obstáculo para que nuestro equipo pudiera lograr el objetivo final, de poder entregar conforme al tiempo estipulado nuestro diagnóstico de salud.
Por otra parte, hemos obtenido una gran cantidad de conocimientos, aunque por el poco tiempo en el que fueron impartidos, nos falta afinar algunos detalles, continuar estudiando sobre lo que nos han enseñado, investigar, para obtener conocimientos de una forma autodidacta sobre lo que se nos planteo en el primer semestre, en donde un factor principal para llevar un óptimo desarrollo de todas las actividades fue sin duda la planeación exclusiva de nuestro equipo, el apoyo otorgado por nuestros maestros y asesores externos de la UMF No.10 del IMSS.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Vallejos DY. Cómo hacer un diagnóstico en la investigación científica. Pontifica Universidad Católica del Perú (serial online) 2003 Ene-Feb (Referido en 2007 Ene) (5 páginas en pantalla). Disponible en: URL: http://www.pucp.edu.pe/content/index.php
2. Hernández TF, Ochoa MJ. Lógica de la programación en los sistemas locales de salud: una aplicación operativa. Barranquilla, Colombia: Salud Uninorte, 1990; 6-7(1):25-28.
3.Ladrón de Guevara E. Diagnóstico de salud. Universidad Veracruzana. (9 páginas en pantalla) (Referdio en 2007 Sept). Disponible en: URL:
www.uv.mx/isp/diplomado/modulo_II/Sesión%201/Componentes%20del%20Diagnóstico%20de%20salud.pdf
4.Diagnóstico de salud. Ciclo Básico - Facultad de MedicinaMontevideo –Uruguay. 2007 Ago (Referido en 2008 Ene) (8 páginas en pantalla) Disponible en URL: http://www.cbasico.fmed.edu.uy/
5.CRUZ A, DONATO A. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo: Un enfoque integral. Rev Cubana Salud Pública, jul.-dic. 1996, vol.22, no.2, p.1-2. ISSN 0864-3466.
6. Fernández P, Díaz P. Investigación cuantitativa y cualitativa Cad Aten Primaria 2002; 9: 76-78. 2002 May (Referido en 2008 Ene) (4 páginas en pantalla). Disponible en: URL:
http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp
7. Clasificación Internacional de las Enfermedades. (Referido en 2007 Nov) Disponible en: URL: http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm
8. Masdeu T, García G, Samaniego N, Rohlfs I, Gavaldá L. Combinar los métodos cualitativo y cuantitativos en la investigación en salud: Aproximación al estado de salud Percibido y al apoyo recibido en enfermedades crónicas. (Referido en 2008 Ene). Disponible en: URL:
http://www.ugr.es/~cmetodo/pdf/comunicaciones/madeu_torruella.pdf
9. Torres L, Vladislavovna S, Reyes H, Villa JP, Constantio P, Pérez R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. Aten Primaria. 2006;38(7):381-6
10. Cid de León B. Diagnóstico de la situación en salud del municipio de Bustamante, Tamaulipas.2001 (Referido en 2007 oct) (16 páginas en pantalla). Disponible en: URL:

www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/2005/ee-09-2005/documentos/01.pdf -
11. Alumnos de la carrera de medicina, ciclo 2007-A. Universidad de Guadalajara. Diagnóstico de salud de la comunidad de Ipazoltic, Hidalgo. 2006. (Referido en 2007 oct) (29 páginas en pantalla). Disponible en: URL: sanmartinhidalgo.googlepages.com/DiagnosticoLosGuerrero.pdf
12. Abellán, A. Percepción del Estado de Salud. Rev Mult Gerontol 2003;13(5):340-342.
13. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud colectiva, Buenos Aires, Sept-Dic 2007, 3 (3): 271-283.
14. Aldereguía J, La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública v.21 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 1995
15. Diagnóstico de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006.
16. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.
17. Portal del Instituto Mexicano del Seguro Social: http://www.imss.gob.mx/imss
18. Cook TD y Reichardt Ch S. Hacia una superación del enfretamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En Cook TD y Reichardt Ch S. Compiladores. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativo. Madrid: Morata. 1986.
18. Mercado MFJ, Villaseñor FM y Lizardi GA. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Revista Universidad de Guadalajara. 1999-2000; 17: 19-30.
19. Cobián M, Nielsen A, Solís A. Contexto Socio-Cultural. Rev de edu / Nueva Época/ Abr – Jun 1999; Núm. 9 (Una página en pantalla) Consultado en octubre 2007 : Disponible en: URL:
http://educar.jalisco.gob.mx/09/9mariaco.html
20. Martínez JC. Demografía. Madrid 2001; 121-134. (13 páginas en pantalla) (Referido en octubre 2007). Disponible en: URL: www.eumed.net/cursecon/2/demografia.htm
21. Conceptos y estadísticas. Factores ambientales. (Una página en pantalla) (Referido en octubre 2007)Disponible en: URL:
www.fnd.cl/conceptos.htm
22. Definición.org. Factores ambientales y biológicos. Glosario. (27 páginas en pantalla). Consultado en noviembre 2007. Disponible en: URL:
www.definicion.org/diccionario/197
23. Massie BM, Granger CB. Capítulo 10. Corazón. En: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editores. Diagnóstico clínico y tratamiento. 41ª ed. D.F. (México): Manual Moderno; 2006. p. 306-307.
24. Canales, FH. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994.
25. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med 2003;34: 164-167.
26. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa.Ediciones Aljibe. Segunda edición. 1999. España.
27. Taylor SJ y Bogdan R. Ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1992. p 15-27
28. Hernández GE, Saldaña ISA. Guía básica para desarrollo de investigaciones: guía practica para su realización desde una perspectiva cualitativa. En prensa. 2007.
29. Sánchez SR. La observación participante. En Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Colegio de México, Porrúa 2001.
30. Hernández R. Metodología de la Investigación 4ta ed. D.F. (México): Mc Graw Hill; 2006.
31. Gabarrón LR, Hernández Landa. Cuadernos metodológicos: investigación participativa. Madrid (España): Centro de Investigaciones Sociológicas; 1994.
32. Hernández GE, González HA. Una aproximación al análisis cualitativo de los datos. Enseñanza e investigación en Psicología 1998; 2 (3); 89-101.
33. Comunicación directa: Hernández Guerson Enrique, comunicación directa, sesión de clase 17 de enero 2008.
34. Dijk TA. El estudio del discurso. Dijk TA. En el discurso como estructura y proceso. Barcelona (España): Editorial Gedisa. 2000.
35. Mercado MFJ, El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado MFJ, Torres LMT, editores. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Universidad de Guadalajara / Plaza y Valdés; 2000.
36. World Health Organization. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases: Persistent diarrhoea in children in developing countries. Geneve: WHO/CDD/88.27, 1988
37. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección de Servicios Médicos. Anuario estadístico. Distrito Federal, México: IMSS; 1989.
38. Bent S, Saint S. The optimal use of diagnostic testing in women with acute uncomplicated cystitis. AM j MED 2002; 113 (1A):20S-28S-
39. Celis A, Gómez-Lomelí Z, Armas J. Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. México, 1979-1997. Salud Publica Mex

2003;45 supl 1:S8-S15
40. Szot MJ. Mortalidad por infarto agudo al miocardio en Chile: 1990-2001 Mortality caused by acute myocardial infarction in Chile in the period 1990-2001. Rev Méd Chile 2004; 132: 1227-1233
41. Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Arch Cardiol Mex 2002; 72(1): 71-84
42. Olaiz-Fernández G, Rojas R, Aguilar-Salinas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Publica Mex 2007;49 supl 3:S331-S337.
43. Looijmans I, Akker Vd, Verheij TJM, et al.. Clinical Effectiveness of First and Repeat Influenza Vaccination in Adult and Elderly Diabetic Patients. Diabetes Care 2006;29:1771-1776.
44. Vázquez CC, Salinas OS, Moreno VK, y col. Incidencia y factores de riesgo para desarrollo de intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2 en población mexicana previamente normoglucémica. Rev Endocrinol Nutr 2003;11:28-33
45. Gutiérrez-Vázquez I, Burguete-Cabañas T, Zacarías-Castillo R, y col. Mortalidad por diabetes mellitus. Experiencia de 11 años en un hospital de segundo nivel. Salud Pública Méx 2006;vol.48(6)445-445.
46. McGrath PJ, Nunes EV, Quitkin FM. Current concepts in the treatment of depression in alcohol-dependent patients. Psychiatr Clin N Am 2000;23:695-711
47. World Health Organization. The smoking epidemic- A fire in the global village. 25th August, Ginebra: 1997, Press Release WHO/61.
48. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1993 (ENA-93). México, D.F.: SSA, 1993.

AGRADECIMIENTOS

En este trabajo agradecemos al director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Enrique Hernández Guerson, por su apoyo para la realización del diagnóstico de salud. De igual forma agradecemos al director de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Dr. José Adolfo Rojas de Anda; así como a las maestras, Lucía Domínguez Grijalva y Georgina del Carmen Azamar Arizmendi; y al promotor de salud Rodolfo Baizabal Rodríguez por las facilidades que nos dieron para la obtención de la información necesaria para la realización del trabajo. A todos los maestros que conforman el cuerpo de docencia en la maestría de salud pública, por darnos los conocimientos necesarios. Al Dr. Francisco Vázquez Nava por su apoyo y tutoría externa. Al maestro Gabriel Riande Juárez por su tiempo y dedicación para las revisiones de nuestro trabajo.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS DERECHOHABIENTES USUARIOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Francisco Contreras Sánchez
Lucia Monserrat Pérez Navarro
Monserrat Verdalet Olmedo

Asesor interno: Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez
Asesor externo: Dr. Luis Sainz Vázquez

1. RESUMEN

Objetivo. Conocer el estado de salud y comprender la percepción que tienen sobre su estado de salud los derechohabientes usuarios de la UMF No. 66 del IMSS.

Material y métodos. Utilizando un diseño bimétodo (cualitativo y cuantitativo). Se aplicó una encuesta estandarizada a una muestra representativa de 267 usuarios derechohabientes de la consulta externa. Se entrevisto a 3 tipos sociales. Los resultados obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS. Los OR y RR con STALCALC.EXE.

Resultados. La razón de hombre/mujer fue de 8 por cada 10 mujeres. La tasa de crecimiento natural fue positiva de 22.94. La prevalencia de DM en ≥25 años, fue de 11.58 por ciento; se encontró asociación significativa con edad ≥ 40 años OR 50.36 (15,202.68), antecedentes heredo familiares OR 2.56 (1.51,202.68) y obesidad 1.58 (0.89, 2.79). La prevalencia de HTA fue de 9.7 por ciento; con asociación significativa con antecedentes heredofamiliares OR 2.90 (1.74,4.83), sexo masculino OR 2.64 (1.65,4.23) y la edad ≥20 años OR 2.48 (1.35, 4.60). El personal prestador de servicio y directivo refiere que las enfermedades crónicas son el principal motivo de consulta. La incidencia para EDAs en menores de 5 años, fue de 21 por ciento., afectando principalmente a niñas; sus factores asociados significantes fueron piso de tierra OR 5 (3.01,2.50), lavado de manos en el menor 2.80 (1.36, 5.78) y vivienda sin drenaje OR 2.75 (1.4, 7.31).

Conclusiones. Los datos que se presentan en este estudio permiten conocer el estado de salud de la población derechohabiente de esta unidad, así como identificar los factores de riego asociados a las principales patologías que aquejan esta población; además de tener un acercamiento a la percepción que tienen los diferentes actores sociales de dicho estado y conocer los retos que enfrenta la institución.

2. INTRODUCCIÓN

La Salud es la base del desarrollo en cualquier sociedad. Sin ella, no es posible que el ser humano lleve a cabo ninguna actividad productiva ni pueda realizar sus propósitos vitales.

Es por ello que el Instituto de Salud Pública (ISP) de la Universidad Veracruzana (UV), a través de la Maestría en Salud Pública que imparte y debido a su preocupación por conocer, mantener y apoyar el estado de salud de la población; se dio a la tarea de crear una serie de diagnósticos de salud, mediante la colaboración de diversas instituciones de salud de esta ciudad.

La presente investigación, se realizó gracias al cobijo de una unidad de primer nivel de atención, perteneciente a una institución de salud que cuenta con 65 años de atender a la mayor parte de la población derechohabiente de nuestro país[1], el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Se trata de un diagnóstico de salud bimétodo, que cuenta con características tanto cuantitativas, como cualitativas, que incluyen las descripciones demográficas y epidemiológicas, así como la percepción que se tiene sobre la salud de la población derechohabiente usuaria de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 66 del IMSS.

Mediante este estudio se puede contar con información actualizada a cerca de la morbilidad y mortalidad, y de los factores de riesgo que se relacionan a ellas; además de conocer las percepciones de tres diferentes actores sociales, como son los usuarios del servicio de salud, los prestadores de dicho servicio y los directivos de la institución.

Por último se realiza una confrontación entre sus resultados y los de otras investigaciones similares, los resultados del diagnóstico de salud existente, realizado por el departamento de epidemiología de la unidad y las

medias institucionales de la delegación Veracruz Norte a la que pertenece dicha UMF.

Posterior al análisis y confrontación de estos resultados se proponen alternativas de solución a las problemáticas encontradas. Y finalmente un apartado donde se describe como fue la experiencia tanto de los alumnos, como del asesor externo en cuanto a la realización de este diagnóstico de salud.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Argumentación teórica

El Instituto Mexicano del Seguro Social

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México.

En nuestro país las reivindicaciones para la clase trabajadora se plasmaron desde la Constitución Política de 1917. En el Artículo 123 se establece, entre otras medidas, las responsabilidades de los patrones en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como también la obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad. Sin embargo, no fue sino 26 años después cuando bajo el gobierno del Presidente de la República, Manuel Ávila Camacho se logró hacer realidad este mandato constitucional.

El 19 de enero de 1943 nació el Instituto Mexicano del Seguro Social, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. De inmediato comenzó a trabajar su Consejo Técnico.

El 6 de abril de 1943 se funda el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), que hoy en día constituye la organización sindical más grande del Apartado "A" del Artículo 123 Constitucional. El decreto de creación del IMSS preveía la puesta en marcha de los servicios para el primero de enero de 1944. El 4 de enero de 1944 el periódico "El Nacional" publicó la nota de la toma de posesión del nuevo Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ignacio García Téllez. Fue el 27 de septiembre de 1947 que se expidió la primera credencial de filiación.

En un principio el Seguro Social protegía sólo al trabajador. Como un avance en relación con otras instituciones extranjeras, a partir de 1949 los beneficios se extendieron a los familiares, excepto en la atención necesaria por contingencias laborales.

Una de las obras de mayor trascendencia para el IMSS fue la construcción, en 1952, del primer centro hospitalario, conocido como "La Raza". En la década de los setenta y acorde con el desarrollo de diversas regiones del país, se fueron creando modernos centros médicos que se sumaron a los ya existentes en la capital; lo cual aporto un notable avance en la descentralización de la atención de alta especialidad para los derechohabientes, empezando por el Distrito Federal, Puebla, Nuevo León y Tlaxcala, hasta llegar al estado de Veracruz en octavo lugar.

Para fines de 1961 el IMSS inició sus actividades en el estado de Veracruz, con 20,451 asegurados del régimen ordinario urbano, 924 patrones y una población derechohabiente de 60,676 personas, en los municipios de Xalapa, Veracruz, Coatepec, Coatzacoalcos y Minatitlán.

La seguridad social ha tenido como responsabilidad incorporar a los usuarios al disfrute de los beneficios del desarrollo de un país, atendiendo a los asegurados y beneficiarios, proporcionándoles servicios de salud y otras prestaciones en especie y en dinero. Todo ello con el propósito de elevar la calidad de vida y propiciar la superación individual, familiar, comunitaria y como mecanismo de control social.

En la actualidad el IMSS cuenta con 12 millones 410 mil 533 trabajadores asegurados y 46 millones 813 mil 307 derechohabientes y cuenta con 1,781 unidades médicas que ofrecen los servicios de: Salud y seguridad en el trabajo, atención médica brindando 108 millones de consultas anuales que cubren al 59 por ciento de la población del país, Medicina preventiva (PREVENIMSS), atención a jubilados y pensionados, formación médica, capacitación para el trabajo, servicios de guardería, prácticas deportivas, apoyo en el retiro y descanso e integración familiar.

Hoy el IMSS enfrenta retos tales como la transición demográfica, se enfrenta a una sociedad más democrática y participativa lo que ha ocasionado un cambio en la relación de los derechohabientes con el instituto, en este cambio ya no es suficiente atender y proveer servicios de salud[1].

Salud

Al hablar de salud en un primer plano, encontramos que este concepto se encuentra directamente relacionado con el de enfermedad, para Godoy, J.F.[2] ambos conceptos se ubican en extremos opuestos de un continuo, ha sido el de enfermedad el que ha gozado de conceptualizaciones y operacionalizaciones más profundas. La existencia de dos concepciones de la salud, una "negativa" que la define como: "*el estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez*", mientras que la concepción positiva no incluye a la enfermedad en su definición. Un ejemplo de esta concepción, lo encontramos en la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la década de los 40's, se consolida como institución mundial encargada de delinear las acciones encaminadas a mejorar la salud de las personas, con esto como finalidad, define la salud como "*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad*"[3].

Para 1977, en la conferencia la OMS en su trigésima Asamblea Mundial de la Salud, estableció que -el principal objetivo de carácter social para los gobiernos y para la OMS durante los próximos decenios es conseguir, de aquí al año 2000, que todos los habitantes del mundo tengan acceso a un nivel de salud que les permita desarrollar una vida productiva social y económicamente-. (Resolución W.H.A. 30.43.). Este mensaje iba destinado a todos los países, incluso los europeos, donde, a pesar de los enormes recursos empleados y a pesar del importante desarrollo científico, las desigualdades en salud eran muy grandes y el nivel de salud era mucho más bajo que el posible.

En este sentido, en la reunión de Alma–Ata en 1978 se reitera la definición de salud propuesta por la OMS considerando que la salud es: "*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud* "[4] .

Con la definición anterior el abordaje de la salud se vuelve algo más complejo que la simple dualidad salud-enfermedad, siendo necesario incluir las tres dimensiones que rodean al sujeto (biológica, psicológica y social), lo que pone la relación salud-enfermedad en un nuevo plano de análisis, en este sentido Godoy define la salud como: "el *proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconomicoculturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar psicosocial*", por otra parte define a la enfermedad como "*la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales*"

Atención primaria

Para la OMS (1978), la Atención Primaria a la Salud se considera una estrategia para hacer accesibles los servicios y la educación sanitaria a la población mediante la participación comunitaria y la autogestión.

Con la integración de elementos sociales a las definiciones de salud, así como una percepción diferente de la díada salud-enfermedad surgen nuevos compromisos por parte de los diversos países para el cumplimiento y alcance de metas en salud, ejemplo de esto, es la conferencia internacional sobre atención primaria realizada en Alma-Ata en 1978 en la que se incluye la aceptación social como elemento primordial, entendiendo la atención primaria como: "*la asistencia sanitaria esencial basada en los métodos y tecnologías prácticos y científicamente fundados y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada unas de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación*".

A partir de esto, se va integrando la participación activa de la población en los programas de atención de la salud y se toma en cuenta la las dimensiones sociales, efecto de esto es la demanda de servicios acorde a las necesidades de la población que atienden los servicios de salud. Con la intensión de cubrir las necesidades de la población, para atender dichas demandas es necesario que los profesionales de la salud cuenten con herramientas para la detección de necesidades, evaluar los programas y diseñar las mejoras a través de la planeación, la salud pública proporciona herramientas que se abordan a continuación.

Diagnóstico de Salud

El diagnóstico de salud es el resultado de un estudio epidemiológico, los datos arrojados por este permite contar con elementos para la planeación de acciones de salud en los niveles preventivos, y de control de enfermedades

con la intensión de mejorar los niveles de los niveles de bienestar y utilidad social a nivel individual y social[5].

De igual manera el diagnóstico de salud se considera una etapa inicial de la planeación. Permite conocer los problemas, necesidades de una población así como los recursos que dispone para su control o resolverlos. A nivel epidemiológico permite conocer un padecimiento en cuanto a su frecuencia, empleando indicadores de la demografía y estadística.

Poder identificar y priorizar los problemas de salud da la oportunidad de realizar intervenciones multidisciplinarias e intersectoriales, dando oportunidad de incluir elementos sociales, tomando en cuenta la participación de los actores sociales, empleando técnicas de recolección de diversas formas. De los resultados obtenidos obtienen medidas de frecuencia, asociación o defecto y el impacto potencial.

Álvarez Alva (2004), menciona que el diagnóstico de salud debe contar con cuatro características:
- Objetividad: Los datos deben presentarse de manera cuantitativa para evitar subjetividad.
- Precisión: Se refiere a la población que se estudia y al contexto en el que se encuentra.
- Integridad: Debe tratar de ser lo más completa posible para conocer y evaluar el estado de salud de la población.
- Temporalidad: Generalmente se refiere a un tiempo determinado.

3.1. Argumentación empírica

Diagnóstico de Salud UMF No 66

Debido al interés constante por el perfeccionamiento del análisis de la situación de salud de las poblaciones, se ha mantenido una vigilancia de la misma, durante las últimas décadas, mediante el uso de diagnósticos de la situación de salud, realizados en diversos países.

Estos análisis de la situación de salud constituyen instrumentos imprescindibles para los sistemas y servicios de salud, en todos los niveles, especialmente en la atención primaria a la salud[6].

En Cuba se ha avanzado mucho en la aplicación del diagnóstico de salud, ya que a partir del triunfo de la Revolución, en 1959, se han realizado estudios del estado de salud de la población, cuya información se ha publicado en los anuarios estadísticos y otros documentos, que se han usado para realizar análisis y elaborar los planes decenales de desarrollo en salud pública, con base en la situación de salud[7].

En otros países se han realizado estudios sobre el estado de salud de su población, relacionándola con el tema de la causa social de la enfermedad. Uno de los ejemplos más claros es el estudio Nacional de Salud en Colombia, que reveló la relación inversa entre morbilidad e ingreso y educación. Otro es en Argentina donde se encontró una diferencia regional de mortalidad infantil relacionada con el analfabetismo[7].

En el panorama nacional los ámbitos abordados por las diversas encuestas nacionales realizadas en los últimos 15 años han sido variados, reflejo de la complejidad y amplitud del campo de la salud pública en nuestro país, y como respuesta a la profunda transición epidemiológica que está experimentando la población. Así, se ha recabado información seroepidemiológica, de la prevalencia de enfermedades crónicas, del estado nutricio de la población, del consumo de sustancias adictivas y, desde luego, sobre la cobertura y utilización de los servicios de salud. Como ejemplos claros de estas tenemos a la Encuesta Nacional de Salud 2000 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006[8].

Por otro lado el Diagnóstico de Salud en todas las unidades que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un carácter anual obligatorio, por ello en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS el último Diagnóstico de Salud elaborado y al que se puede tener acceso, es el que lleva por título: *Diagnóstico de Salud, Análisis Epidemiológico para el año 2007 de la UMF No 66*[9].

Dicho diagnóstico fue realizado durante los primeros días del mes de enero del 2007, con los datos correspondientes al año 2006 y complementado con datos de años anteriores.

Para su elaboración se requiere de la participación de los integrantes del cuerpo de gobierno, constituido por, director, administrador, jefatura de enfermería, trabajo social.

Además de los jefes de departamento y personal. Todos se encargan de proporcionar la información pertinente a cada una de sus áreas, para que el jefe del departamento de epidemiología, sea el encargado de analizarla.

Para la obtención de la información contenida en el Diagnóstico de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con innovadores sistemas informáticos de recolección y captura de datos diarios, de los cuales se

lleva a cabo un análisis semanal, mensual o semestral de la información, que se va almacenando y se encuentra disponible para su uso, con los nombres de:

• Sistema de Información del Sistema Médico Familiar (SISMF)
• Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS)[9].

De acuerdo a la información contenida en éste diagnóstico de salud, la UMF No. 66 tiene un área de influencia que abarca la gran mayoría de las colonias pertenecientes al municipio de Xalapa. Cuenta además, con una población adscrita en el 2006 de 214,982 derechohabientes, de los cuales cerca de 163,661 constituyen la población derechohabiente usuaria[1].

Según la pirámide de población con la que cuenta el diagnóstico de salud, en esta unidad se atiende a individuos de todos los grupos etáreos, desde menores de 1 año, hasta mayores de 85 años. Siendo los grupos de mayor afluencia, los comprendidos entre los 25 y 39 años.

En cuanto a la morbilidad en la consulta externa de medicina familiar, entre los padecimientos con la mayor incidencia encontramos: infecciones respiratorias agudas, diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, dorsalgias, infecciones de las vías urinarias y enfermedades inflamatorias del cuello uterino, vagina y vulva.

El principal padecimiento de acuerdo a la demanda de atención en la consulta de medicina familiar lo constituye la diabetes mellitus y en segundo lugar las infecciones respiratorias agudas.

Los primeros lugares de morbilidad por enfermedades transmisibles, los ocupan las infecciones respiratorias agudas, las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, conjuntivitis, parasitosis intestinal y dermatofitosis.

Para morbilidad en enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran tanto la diabetes mellitus y la hipertensión Arterial.

En resumen en el Diagnóstico de Salud de La Unidad Médico Familiar No. 66 del IMSS, se jerarquizan los padecimientos, de acuerdo a su magnitud y trascendencia en el siguiente orden:

1. Diabetes
2. Hipertensión Arterial
3. Infecciones Respiratorias
4. Enteritis y otras enfermedades diarreicas
5. Trastornos del dorso
6. Cáncer cérvico uterino
7. Cáncer de mama
8. VIH/SIDA
9. Tuberculosis pulmonar
10. Enfermedad Inflamatoria del cervix, vulva y vagina

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Argumentación o justificación

El diagnóstico de salud es una herramienta necesaria para evaluar el estado de salud en cualquier comunidad, ya que nos permite analizar la información tanto social como económica, demográfica, de daños a la salud y los recursos con que cuenta la comunidad para mejorar sus condiciones de salud.

Este diagnóstico debería ser realizado en todas las instituciones de salud y en base a sus resultados priorizar los daños a la salud encontrados, a partir de esto realizar la planeación de medidas de control y prevención, así como la distribución de recursos humanos, técnicos y materiales[10].

En instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en particular la Unidad de Medicina Familiar No. 66 (UMF No.66), de Xalapa, Veracruz el diagnostico de salud se realiza de manera anual, contando con un enfoque de análisis principalmente epidemiológico de la población usuaria adscrita, dejando de lado los factores sociales y culturales de dicha población derechohabiente.

Por lo tanto es importante la realización de un diagnóstico de salud que incluya además de aspectos epidemiológicos, los factores sociales y culturales, antes mencionados ya que se encuentran relacionados con la incidencia y prevalencia de patologías que afectan a esta población.

Parte importante de éste trabajo de investigación es el elemento cualitativo, que nos permitirá acercarnos a la percepción de los actores sociales sobre su estado de salud; en el caso de los usuarios de los servicios de la UMF No. 66 será su opinión de cómo perciben su propia salud y por otra parte, cuál es la opinión de los directivos y prestadores de servicio en cuanto al estado de salud de dichos usuarios.

Entendiendo por percepción como un componente del conocimiento en donde el sujeto aplica el interactuar con el mundo objetivo al percibirlo. Se trata de una forma de conocimiento o habilidad, derivado de la observación o de la vivencia de un evento, proveniente de las cosas que suceden en la vida.

Por lo que la percepción está ligada al lenguaje y es entonces un elemento básico en el desarrollo cognitivo. Esto resulta de gran importancia ya que es común que la gente define la salud como la ausencia de enfermedad: como si en ella estuviera arraigada la idea de una vivencia fugaz dentro de una secuencia continua de padecimientos, o bien que su percepción fuese resabio de experiencias colectivas de épocas pretéritas[11].

4.2. Escenario del diagnóstico

La presente investigación se llevó a cabo en las instalaciones de una Unidad de Medicina Familiar, la No. 66; que de acuerdo con los tres niveles de atención identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la agrupación de recursos y organización hacia la solución de problemas específicos, se trata de una unidad de primer nivel de atención, cuyas acciones fundamentales son[12]:

- Promoción de la salud.
- Protección específica.
- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Vigilancia epidemiológica.

A estas instituciones se les considera puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS), en este caso es una UMF perteneciente al IMSS, institución prestadora de servicio de seguridad social. Se encarga de atender a la población trabajadora y sus dependientes, gracias a un financiamiento tripartita y es regido por sus propias disposiciones legales y las Normas Oficiales Mexicanas (NOM).

4.3. Preguntas de investigación

4.3.1. Cuantitativa

¿Cuál es el estado de salud de los derechohabientes usuarios de la
UMF No. 66 del IMSS?

4.3.2. Cualitativa

General: ¿Cuál es la percepción del estado de salud de los usuarios derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS?

Dirigida al usuario: ¿Cómo perciben su estado de salud los usuarios derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS?

Dirigida al prestador del servicio: ¿Cuál es la percepción que tiene el personal prestador del servicio sobre el estado de salud de los usuarios derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS?

Dirigida al directivo: ¿Cuál es la percepción que tiene el personal directivo sobre el estado de salud de los usuarios derechohabientes de la UMF No. 66?

5. OBJETIVOS

5.1. General

Conocer el estado de salud y comprender la percepción que tienen sobre su estado de salud los derechohabientes usuarios de la UMF No. 66 del IMSS.

5.2. Específicos

5.2.1. Cuantitativos

1. Conocer la estructura poblacional de los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS.

2. Identificar las principales causas de enfermedad y muerte de los derechohabientes usuarios de la UMF No. 66 del IMSS.

3. Identificar los factores de riesgo de los derechohabientes de la UMF No.66 del IMSS, para los daños priorizados, en el diagnóstico de salud.

4. Evaluar los factores de riesgo con la prevalencia e incidencia con algunos de los daños priorizados entre los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS.

5. Identificar los programas de atención relacionados con los daños priorizados, implementados por parte del IMSS, en la UMF No. 66.

6. Proponer alternativas de solución.

6. METODOLOGÍA

El presente es un estudio que tiene la particularidad de ser bimétodo, contando con una perspectiva cuantitativa y otra cualitativa, por lo que a continuación se explicará la metodología de cada uno de sus abordajes.

6.1. Abordaje cuantitativo

6.1.1. Tipo de estudio y diseño

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y único[13].

El presente estudio, según el análisis y alcance de los resultados, es descriptivo debido a que tiene como objetivo especificar las propiedades importantes del grupo a estudiar, en este caso se describe el estado de salud actual de los derechohabientes de la UMF No. 66 y de sus familias, así mismo de acuerdo con la interferencia del investigador, se trata de un estudio observacional debido a que no se realizó ningún tipo de asignación o intervención en los eventos medidos.

Según el periodo y secuencia del estudio es transversal, ya que las variables se estudiaron en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo.

Por último se trata de un estudio único, debido a que sólo se cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

6.1.2. Descripción del universo y muestra

El diseño del estudio, es por muestreo aleatorio simple, donde la población total está conformada por 94,720 derechohabientes usuarios adscritos, esta población se obtuvo al realizar un censo de la población adscrita usuaria a los 56 consultorios de medicina familiar de la UMF No. 66 en ambos turnos (matutino y vespertino), y que cumplían con los criterios de inclusión de ser mayores de 18 años.

Al realizar el cálculo del tamaño de la muestra (***n***) se obtuvo una ***n*** de 267 pacientes, calculando una P de 0.6 (6 por ciento) y un nivel de confianza del 95 por ciento.

Esta muestra será dividida entre los 28 consultorios que conforman el turno matutino y los 28 del turno vespertino a fin de invitar a participar en el estudio a los presentes en las salas de espera para la consulta de medicina familiar.

En donde:
N = 94,720
N: Tamaño de universo.
P = 0.6
P: Ocurrencia (proporición).
d = 0.05
d: Margen de error (presición).
Ƶ = 1.96
Ƶ: Nivel de significancia.

$$n_o = \frac{Ƶ^2 P(1-P)}{d^2} = \frac{1.96^2 \times 0.5\ (1-0.5)}{0.06^2} = 267$$

n = 267

Criterios de inclusión:
- Ser derechohabiente usuario adscrito a la consulta de medicina familiar de la UMF No.66 del IMSS.
- Contar con una edad mayor o igual a 18 años.
- Saber leer y escribir.
- Aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión.
- Ser menor de edad.
- Ser una persona analfabeta.

Criterios de eliminación.
- No aceptar participar en el estudio.
- No concluir el llenado de todos los apartados necesarios del cuestionario.

6.1.3. Priorización de daños

6.1.3.1. Aspectos básicos

La priorización de los daños a la salud, significa establecer un orden de importancia de las diferentes patologías que afectan a una población. Con la finalidad de conocer el número de causas de enfermedad o muerte y con ello optimizar los recursos de tiempo y financieros[10].

6.1.3.2. Criterios de priorización

Los criterios que se utilizan para la priorización de los daños son: magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Y en el caso de plantear alternativas de solución la factibilidad y viabilidad.

Los indicadores que se utilizan para obtener estos criterios son para la magnitud, las tasas específicas por causa, para la trascendencia los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y finalmente para la vulnerabilidad se usa la razón estandarizada de mortalidad (REM) [16].

6.1.3.3. Proceso de priorización y resultados

En cuanto al proceso para la priorización de la mortalidad, primero se obtienen las causas de mortalidad, mediante su clave de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE

10 y los grupos de edad; se divide el número de defunciones entre los grupos de riesgo para obtener las tasas.

Se realizan sumatorias con los AVPP, a partir de la multiplicación de las defunciones por el resultadote la resta entre la esperanza de vida y el punto medio del intervalo.

En el caso de la morbilidad se obtiene la magnitud, con la división de casos nuevos, entre el total de la población a mitad del año, por una constante (incidencia). La trascendencia con la tasa de mortalidad por causa, dividiendo las defunciones por cada patología entre la población total a final del año.

Finalmente se multiplican las magnitudes por las trascendencias y se obtiene la priorización, con la valoración de los valores de mayor tamaño.

En este caso en cuanto a los resultados se observó que las patologías predominantes en cuanto a causas de muerte, eran las crónico no transmisibles, ocupando los primeros lugares: la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA). Otra enfermedad que también debe mencionarse, por ser causa frecuente de muerte entre los pacientes usuarios de esta unidad es la enfermedad isquémica crónica del corazón (ver anexo 1).

Para la morbilidad, los resultados coincide con los datos arriba mencionados, ya que al igual que en el caso de la mortalidad, las enfermedades que mayormente aquejan a la población derechohabiente de esta clínica son las de tipo crónico no transmisibles como la DM e HTA, además de otras de origen infeccioso, entre las que se encuentran las infecciones respiratorias agudas, (IRAs) las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) e infecciones de vías urinarias (IVU) (ver anexo 2).

6.1.4. Variables e indicadores para el análisis

6.1.4.1. Análisis cuantitativo

6.1.4.1.1. Demográfico

Para el análisis demográfico de la UMF No. 66 del IMSS, se emplearon cuatro variables (ver anexo 3): edad, sexo, crecimiento natural de la población y residencia.

En primer lugar la *edad*, que se define como el número de años cumplidos que tiene una persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista[14]. Para el presente trabajo se consideró la edad que refiera la persona entrevistada para él mismo y para cada una de las personas que habiten la misma vivienda que él. Siendo el indicador para ésta variable el porcentaje de la población por grupos quinquenales de edad y sexo, además de la frecuencia absoluta.

Al *sexo* se le define como la condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres[15], consideraremos para fines del diagnóstico de salud, el sexo referido por la persona entrevistada para él y cada uno de de los habitantes de su vivienda. Usando como indicador la razón de hombre y mujer de la población derechohabiente usuaria, traducida a porcentajes.

El *crecimiento natural de la población* es la diferencia entre el número de nacimientos y el número de muertes en un periodo de tiempo determinado[16]. Para su uso como variable, se tomó en cuenta su complejidad y se dividió en dos dimensiones, para facilitar su abordaje. Para la primera, que corresponde a los nacimientos, se utilizarán los nacimientos reportados en el año 2007 (tasa de natalidad para el año 2007), y para las defunciones del año 2000 al 2007.

Por último, se empleó la *residencia* que se define como la localidad donde reside una persona[16], tomando en cuenta si son habitantes del municipio de Xalapa o de otro municipio cercano, lo que nos proporcionará el porcentaje de personas que residen en el municipio de Xalapa u otro.

6.1.4.1.2. Epidemiológico

Para el análisis epidemiológico se considerarán dos variables, la mortalidad y la morbilidad, dividida cada una de ellas en varias dimensiones. En el caso de la morbilidad, se realiza la evaluación de seis enfermedades, entre las que se encuentran: DM, HTA, IRAs, EDAs, IVU, alcoholismo, anorexia, depresión y omisión de cuidados.

Para la mortalidad la revisión será a cinco causas de defunción; HTA, DM, cirrosis, infarto agudo al miocardio (IAM) y accidentes de tránsito.

La *tasa bruta de morbilidad* se expresa como el número total de casos existentes de todas las enfermedades entre la población total un momento determinado por una constante[17]. Para los derechohabientes usuarios de la UMF No. 66 del IMSS, se determinó que la morbilidad se relaciona principalmente a hipertensión arterial y DM.

Para la *incidencia*, que se define como el número de casos nuevos de una enfermedad entre la población expuesta

al riesgo en un periodo de tiempo por una constante[18], se ha realizado una revisión puntual de los registros de la UMF No. 66 del IMSS con la intención de determinar padecimientos que se reportan como casos de primera vez en el año 2006 encontrándose alta presencia de infecciones respiratorias agudas.

En el caso de la *prevalencia*, que se define como el número de casos existentes de una enfermedad en particular entre la población total, en un momento determinado multiplicando una constante[17].

Por ultimo, la mortalidad se obtiene a través de la *tasa bruta de mortalidad* (TBM) que se expresa como el número de defunciones por una constante, en un año determinado[18]. La mortalidad no puede ser medida de forma directa en esta unidad, ya que al ser una UMF, los pacientes graves son referidos al segundo nivel de atención, el Hospital General de Zona (HGZ) No. 11, en este caso. La información se envía a la delegación, donde se cuenta con los datos relacionados a las defunciones de los derechohabientes adscritos a la UMF No. 66.

6.1.4.1.3. Daños priorizados

La importancia de la priorización de los daños radica en la necesidad de optimizar los recursos de tiempo y financieros[10].

Para la realización de la priorización de los daños, se requirió considerar tres criterios que son: magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Por otro lado para plantear alternativas de solución se requiere de la vulnerabilidad y la factibilidad. Entendiendo como factibilidad a la disponibilidad tecnológica y voluntad política reflejada en el presupuesto. Y a la viabilidad como la aceptación social de las alternativas de solución[10].

Para fines de esta investigación se estudiaron los siguientes daños priorizados:
- Morbilidad por infección de vías respiratorias.
- Morbilidad por enfermedad diarreica aguda.
- Morbilidad por diabetes mellitus.
- Mortalidad por diabetes mellitus.
- Morbilidad por hipertensión arterial.
- Mortalidad por hipertensión arterial.
- Morbilidad por infección de vías urinarias.
- Mortalidad por infarto agudo al miocardio.
- Mortalidad por cirrosis hepática.
- Accidentes de transito.

De los daños antes mencionados a continuación se definen sus variables e indicadores.

6.1.4.1.4. Factores de riesgo para los daños priorizados

Morbilidad por infección de vías respiratorias (ver anexo 4)

- Edad: menores de 5 y mayores de 60 años; sus indicadores son la frecuencia absoluta y porcentaje de la población con menos de 5 años cumplidos o mayor de 60.

- Peso al nacer: menor de 2,500 gramos, sus indicadores frecuencia absoluta y porcentaje de menores de 5 años reportados con bajo peso al nacer.

- Lactancia materna: niños con lactancia menor a 6 meses o nula, sus indicadores la frecuencia absoluta y porcentaje de menores de 2 años.

- Esquema de vacunación: incompleto para su edad, sus indicadores la frecuencia absoluta y porcentaje de la población con un esquema de vacunación incompleto.

- Combustible para cocinar: uso de leña y carbón, sus indicadores la frecuencia absoluta y porcentaje de la población que use leña o carbón para cocinar.

- Inmunosupresión: pacientes con dm y cáncer, sus indicadores Frecuencia absoluta y porcentaje de población con algunos de estos padecimientos: VIH, SIDA, diabetes, cáncer, enfermedad autoinmune.

- Fumador pasivo: reporte de fumadores, que lo hagan dentro de la casa, sus indicadores la frecuencia absoluta y porcentaje de población fumadora.

- Hacinamiento: tres o más personas que duerman en la misma habitación, sus indicadores se obtiene mediante la división del número de habitaciones, entre el número total de habitantes de la casa.

- Capacitación en manejo de IRA: responsables de los menores de 5 y mayores de 60 años que refirieron no estar capacitados para manejo de IRAs, sus indicadores la Frecuencia absoluta y porcentaje de la población no capacitada en IRA

- Analfabetismo: población mayor de 12 años que refiera no saber leer, ni escribir, sus indicadores la frecuencia absoluta y porcentaje de la población mayor de 15 analfabeta.

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (ver anexo 5)

- Edad: menores de 5 años, indicadores la frecuencia y porcentaje de menores de 5 años.

- Higiene inadecuada: no lavarse las manos antes de comer, ni después de ir al baño, sus indicadores el porcentaje de la población que no realiza lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

- Higiene alimentaria inadecuada: no lavado de frutas y verduras, consumo de agua no purificada o hervida. Sus indicadores el porcentaje de la población que no lava y desinfecta frutas y verduras. y el porcentaje de la población que no lava y desinfecta frutas y verduras.

- Lactancia materna: niños con lactancia menor a 6 meses o nula, sus indicadores la frecuencia absoluta y porcentaje de menores de 2 años.

- Nivel educativo bajo: persona responsable del menor de 5 años, sin concluir el nivel de educación primaria. Sus indicadores el porcentaje de personas que están a cargo de los menores de 5 años sin haber concluido el nivel primario.

- Calidad de la vivienda, donde se considera al piso de tierra, no contar con agua entubada, no contar con drenaje, no contar con luz eléctrica, ni cocina, no almacenar la basura tapada y hacerlo dentro de la vivienda. Sus indicadores son los porcentaje de viviendas con piso de tierra, de viviendas que no disponen de agua entubada dentro de la vivienda, de viviendas que no disponen de un sistema de drenaje, de viviendas que no disponen de excusado o sanitario con descarga directa de agua, viviendas que no disponen de energía eléctrica, viviendas que no cuenten con un cuarto exclusivo para cocinar o preparar alimentos, porcentaje de la población que dentro de la vivienda no mantiene tapada la basura y que almacena la basura dentro de su vivienda.

Morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus (ver anexo 6)

- Edad: mayores de 45 años, su indicador el porcentaje de usuarios y familiares muertos por DM mayores a 45 años.

- Sexo: sexo del paciente con DM o su familiar muerto por dicha causa, sus indicadores son el porcentaje de sexo pacientes diabéticos o sexo que tenían familiares que fallecieron por DM.

-Tabaquismo: familiares muertos que fumaban más de 10 cigarros diarios, el indicador es el porcentaje de pacientes finados que tenían el hábito de fumar.

- Alcoholismo: pacientes que consumen o consumían antes de fallecer más de 7 copas de licor o cervezas a la semana.

- Alimentación no saludable: no continuar con una dieta especial para su enfermedad.

- No asistir a consultas de control para su enfermedad, sus indicadores porcentaje de pacientes diabéticos que no acudían a alguna institución a atender su padecimiento.

- Complicaciones: por ciento de diabéticos fallecidos que se infirió presentaron neuropatía diabética, cetoacidosis diabética, enfermedad cerebro vascular, hipertensión arterial crónica o acidosis láctica.

Morbilidad por hipertensión arterial (ver anexo 7)

- Edad: adultos mayores de 20 años, como sus indicadores las frecuencias absolutas por edades.

- Sexo: masculino, indicadores el porcentaje de población afectada por hipertensión arterial, por sexo.

- Heredofamiliares: familiar consanguíneo en primer grado con HTA, indicadores el porcentaje de personas con hipertensión arterial que refieren tener un familiar que padezca o haya padecido presión arterial alta.

- Hipercolesterolemia: informe de colesterol alto en el último año, por parte de personal capacitado, sus indicadores son el porcentaje de personas con hipercolesterolemia y el porcentaje de personas con hipertensión que presentan hipercolesterolemia.

- Obesidad: pacientes diagnosticados como obesos por un médico o nutriólogo, sus indicadores son la tasa de morbilidad por causa (obesidad), sexo y edad. Porcentaje de personas con hipertensión arterial que presentan obesidad

- Diabetes mellitus: paciente diagnosticado con diabetes mellitus, indicadores la tasa de morbilidad por causa (DM), sexo y edad. Porcentaje de personas con hipertensión arterial que padezcan diabetes mellitus.

- Consumo de alimentos dañinos: consumo de alimentos con gran contenido en grasas, azúcares y sodio. Sus indicadores porcentaje de personas con consumos elevados de alimentos no saludables. Porcentaje de personas con hipertensión que llevan dietas no saludables.

- Tabaquismo: familiares muertos que fumaban más de 10 cigarros diarios, el indicador es el porcentaje de pacientes finados que tenían el hábito de fumar.
- Alcoholismo: pacientes que consumen o consumían antes de fallecer más de 7 copas de licor o cervezas a la semana.

- Sedentarismo: realizar menos de 30 minutos, tres veces a la semana de actividad física, sus indicadores son el porcentaje de personas con hipertensión que llevan una vida sedentaria.

Mortalidad por hipertensión arterial (ver anexo 8)

- Adherencia terapéutica: seguimiento estricto de las indicaciones médicas, por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad[19]. Esta variable nos indicara la frecuencia de personas muertas por HTA, que no tenían adherencia al tratamiento indicado por el personal de salud.

- Edad: entre los 35-40 años y más en el varón y en las mujeres una edad mayor de 65 años[9]. Esta variable, nos permitirá obtener el porcentaje de la población en edad de riesgo de morir por dicha causa.

- Sexo: masculino, en comparación con el sexo femenino[20], con esto se podrá construir el porcentaje de la población por sexo en riesgo.

- Antecedentes heredofamiliares, como la tendencia o propensión hereditaria a contraer determinadas enfermedades, se ha demostrado que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres normotensos[21]. Se consideraran aquellos antecedentes familiares de DM, de HTA y de obesidad, en los individuos muertos por HTA. Esto facilitará determinar los porcentajes de derechohabientes con antecedentes de los padecimientos antes mencionados.

- Obesidad: exceso de tejido adiposo en el organismo[22], el índice de masa corporal (IMC), es el indicador del peso de una persona en relación con su altura. Al ser un factor de riesgo para muerte, se tomará en cuenta únicamente si el paciente se observaba con una complexión obesa en vida o no.

- Tabaquismo: considerado como una enfermedad crónica, perteneciente al grupo de las adicciones, debido a la presencia de nicotina, que es la sustancia que en mayor medida provoca la adicción. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina[11].

- Sedentarismo es otro de los factores de riesgo asociados a la HTA, este es considerado como la carencia de actividad física (ejercicio físico) de manera cotidiana, es decir fuera de las actividades normales. Se tomará en cuenta la realización de este tipo de actividad por lo menos 30 minutos, tres veces por semana en la persona muerta por HTA. El indicador de esta variable será el porcentaje de derechohabientes que realizan una actividad física.

- Hábitos de alimentación: prácticas que determinan la selección y consumo de alimentos, y se encuentran influenciadas por la cultura, gustos o preferencias a ciertos alimentos. Estos son una variable compleja por lo que es necesario dividirla en dos dimensiones:

a. La frecuencia de consumo de alimentos industrializados, que se refiere al número de días a la semana en los que se consumen alimentos industrializados (ricos en sodio) presentando mayor riesgo aquellas personas que lo hacen más de dos veces a la semana.

b. El consumo de más de una cucharadita (6 gramos) de sal de mesa al día o 2.4 gramos de sodio[11], ya que aquellas personas con un alto consumo de sal tienen mayor riesgo de morir por HTA.

- Hipercolesterolemia: colesterol sanguíneo por arriba de los 200 mg/dL[23], y se encuentra asociado con la muerte por HTA. Los derechohabientes usuarios que presentan una elevación del colesterol LDL (lipoproteína de baja intensidad) tienen mayor riesgo de morir por complicaciones de este padecimiento.

- Alcoholismo: ingesta de más de 30 ml. de etanol al día[11].

- DM: hiperglucemia crónica, donde la hormona insulina se produce deficientemente[24].

Morbilidad por infección de vías urinarias (ver anexo 9)

- Edad y Sexo: mujeres de más de 15 años, los indicadores son el porcentaje de la población femenina mayor de 15 años.

- Inmunosupresión: pacientes con DM y cáncer, sus indicadores Frecuencia absoluta y Porcentaje de población con algunos de estos padecimientos: VIH, SIDA, Diabetes, Cáncer, Enfermedad autoinmune.

- Consumo de alimentos dañinos: consumo de alimentos con gran contenido en grasas, azúcares y sodio. Sus indicadores Porcentaje de personas con consumos elevados de alimentos no saludables. Porcentaje de personas con hipertensión que llevan dietas no saludables.

- Higiene inadecuada: mujeres de más de 15 años que no se bañen diariamente, utilicen frecuentemente baños públicos y tengan una mala técnica de aseo posterior a la micción; obteniéndose porcentajes para cada una de las categorías.

- Practicas sexuales de riesgo: mujeres de más de 15 años, con vida sexualmente activa, que nieguen uso de preservativo; se obtuvo el porcentaje de población de mujeres de 15 años y más con vida sexual activa que no use preservativo.

Accidentes de tránsito

- Edad: porcentaje de la población del grupo de edad de 16 a 29 años que conducía el vehículo de motor al momento del accidente.

- Sexo: porcentaje de la población del sexo masculino que sufrió un accidente al conducir vehículos de motor.
- Uso del cinturón de seguridad: porcentaje de conductores y tripulantes de vehículos de motor que no acostumbraban utilizar el cinturón de seguridad.

- Exceso de velocidad: porcentaje de conductores de vehículos de motor que acostumbraban manejar a exceso de velocidad.

- Ingesta de alcohol antes de conducir el vehiculo de motor: porcentaje de conductores que acostumbraban ingerir bebidas alcohólicas antes de conducir vehículos de motor.

- Uso de casco: porcentaje de conductores que no acostumbraban usar el casco cuando conducía la motocicleta.

- Uso de silla para bebe: porcentaje de bebés que no acostumbraban colocar en la silla para bebé.

- Tamaño y mantenimiento del vehículo: por lo menos cada 6 meses.

- Fecha y hora del accidente: Factor de riesgo entre las 7 p.m. y las 5 a.m., los días viernes, sábado y domingo, principalmente del mes de diciembre.

Mortalidad por cirrosis hepática

- Desnutrición: proporción de personas con un índice de masa corporal menor a 15.

- Obesidad: pacientes diagnosticados como obesos por un médico o nutriólogo, sus indicadores son la tasa de morbilidad por causa (obesidad), sexo y edad. Porcentaje de personas con hipertensión arterial que presentan obesidad

- Insuficiencia cardiaca y renal: proporción de personas con Diagnosticadas de insuficiencia cardiaca y renal.

- Encefalopatía: proporción de personas diagnosticadas con Encefalopatía

- Sexo: número de personas del sexo masculino.

- Consumo de alimentos dañinos: consumo de alimentos con gran contenido en grasas, azúcares y sodio. Sus indicadores Porcentaje de personas con consumos elevados de alimentos no saludables. Porcentaje de personas con hipertensión que llevan dietas no saludables.

- Sedentarismo: realizar menos de 30 minutos, tres veces a la semana de actividad física, sus indicadores son el porcentaje de personas con hipertensión que llevan una vida sedentaria.

- Alcoholismo: pacientes que consumen o consumían antes de fallecer más de 7 copas de licor o cervezas a la semana.

Mortalidad por infarto agudo al miocardio (ver anexo10)

- Edad: 40 años o más, indicadores la proporción de personas mayores de 40 años.

- Sexo: masculino, indicadores de la proporción de hombre y mujeres.

- Sedentarismo: realizar menos de 30 minutos, tres veces a la semana de actividad física, sus indicadores son el porcentaje de personas con hipertensión que llevan una vida sedentaria.

- Tabaquismo: familiares muertos que fumaban más de 10 cigarros diarios, el indicador es el porcentaje de pacientes finados que tenían el hábito de fumar.

- Obesidad: pacientes diagnosticados como obesos por un médico o nutriólogo, sus indicadores son la tasa de morbilidad por causa (obesidad), sexo y edad. Porcentaje de personas con hipertensión arterial que presentan obesidad

- Hipercolesterolemia: colesterol sanguíneo por arriba de los 200 mg/dL[25], y se encuentra asociado con la muerte por HTA. Los derechohabientes usuarios que presentan una elevación del colesterol LDL (lipoproteína de baja intensidad) tienen mayor riesgo de morir por complicaciones de este padecimiento.

- Alcoholismo: más de 30 ml de etanol al día[11].

6.1.4.1.5. Recursos, servicios y programas de salud

En cuanto a los recursos de los servicios de salud con los que se cuenta en la UMF No. 66, se realizó un análisis de la productividad de los servicios brindados a la población, con la medición del rendimiento de consultas por hora por médico; se tomó en cuenta el total de consultas efectuadas por día, divididas entre el total de horas que laboran los médicos en dicho periodo. La información se obtuvo por medio del registro diario de actividades del médico.

En materia de acceso a los servicios de salud, se realizó la medición de derechohabiencia a alguna institución de seguridad social, que declaró tener el derechohabiente usuario y los diferentes miembros que habitan en la misma vivienda.

Dentro de los daños priorizados en la UMF No. 66, encontramos como primeras causas de morbilidad y mortalidad, HTA, DM e IRAS. Tanto para HTA como para DM, en la UMF No. 66 se cuenta con programas de detección oportuna y control para estas patologías, los cuales se encuentran dentro del programa de PREVENIMSS.

El objetivo de los programas de PREVENIMSS es contribuir al diagnóstico temprano y con ello retardar la aparición de complicaciones[26]. En el caso de DM, cardiopatías, enfermedad vascular cerebral, retinopatía e insuficiencia renal terminal; en el caso de HTA se encuentran complicaciones cardiovasculares y renales, así como cardiopatía isquémica.

La detección oportuna de DM es realizada por el personal de enfermería, el cual efectúa mediciones de glucemia cada 3 años, en hombres y mujeres de 30 a 45 años sin sobrepeso o hipertensión actual y con presencia de estos factores de riesgo cada año en ambos sexos, para el caso de HTA la medición debe realizarse cada año después de los 30 años.

El tratamiento oportuno se refiere a la canalización del paciente a la consulta de medicina familiar después de haberle sido detectadas cifras elevadas de tensión arterial o glucosa, para su adecuado diagnóstico, tratamiento, y seguimiento, así mismo el envío a un grupo de ayuda.

6.1.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información.

6.1.5.1. Mecanismos y técnicas para recolección de información

Se debió diseñar un método que permitiera observar o medir en la forma más exacta posible las variables de investigación. Posterior a la definición cuidadosa de estas variables, dejando claro lo que cada una significa, se selecciona un método apropiado para obtener los datos, entre los que se encuentran las mediciones biofisiológicas, los autoinformes o las técnicas de observación[27].

Como técnica de recolección de la información, entre los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS se utilizó un instrumento constituido por un elemento formal y escrito, llamado cédula de entrevista; estructurado por un conjunto de reactivos o *ítems*, con opciones de respuesta predeterminadas, idénticas y en igual orden a seguir para cada sujeto[26].

Dicho instrumento se aplicó a pacientes que se encontraban en los pasillos de la zona de consultorios (salas de espera), ubicada entre el primer y segundo piso de la clínica.
Los días determinados para la aplicación fueron de lunes a viernes, evitando los fines de semana ya que en esos días no se cuenta con el servicio de consulta, si no únicamente con el de Atención Médica Continua (urgencias). Se aplicó en horario de 8 a 13 horas,

abarcando así a pacientes que asistían a consultas tanto del turno matutino, como vespertino. El periodo de aplicación abarcó del día 7 al 17 de enero del año 2008. Se contó con la colaboración de dos grupos de alumnos del primer semestre de la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana, conformados por alrededor de 15 a 19 alumnos, que participaron durante dos de los días antes mencionados. Se les brindó previamente un curso de capacitación para el adecuado llenado de los cuestionarios y la manera en como debían abordar correctamente a los derechohabientes.

6.1.5.2. Instrumentos utilizados para recolección de información

Para la recolección de la información del diagnóstico de salud se realizó de manera colectiva un cuestionario conformado por aproximadamente 151 reactivos, utilizando como base las variables que fueron determinadas con anterioridad para los daños priorizados.

El cuestionario contiene los siguientes apartados:
1. Hoja de identificación de la vivienda, información referente a la ubicación y tipo de localidad. Con la intención de identificar informantes clave de los servicios de salud se integraron preguntas sobre la asistencia de las personas usuarias, así como el tiempo de asistencia a la unidad médica y los datos referentes al entrevistador.

2. Características demográficas del derechohabiente y de las personas que de manera habitual viven en la misma vivienda, se pretende contar con información referente al número de habitantes, edad, sexo, jefe de familia,, institución de seguridad social a la que tienen derecho para el servicio médico e institución a la que acuden con mayor frecuencia en caso de enfermar. Así como antecedentes de DM e HTA, actividad económica, grado de estudios, tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física, frecuencia y tiempo destinado para su realización.

3. Registro de defunciones ocurridas, para este apartado se tomaron en cuenta aquellas muertes acontecidas entre el año 2000 a la fecha de las personas que habitaban la vivienda, este registro incluye variables como: edad, sexo, causa de la muerte, grado de obesidad, consumo de alcohol y tabaquismo del finado.

4. Características de la vivienda. Al respecto, se busca con el instrumento determinar aquellas características físicas como son, piso, techo, paredes suministro de agua, cocina, habitaciones, drenaje, energía eléctrica, tipo de combustible, manejo de la basura, manejo de agua así como el de los alimentos que consumen y los bienes con los que cuenta la vivienda.

5. Sobre la salud de menores de 5 años, se evalúa el peso al nacer, duración de la lactancia, inicio de la ablactación, vacunas aplicadas al menor, y la presencia de infecciones respiratorias agudas o diarrea aguda y dónde fue llevado para su tratamiento en los últimos 30 días.

6. Para abordar la capacitación que tienen los adultos para atender infecciones respiratorias, en el cual se valoran los cuidados higiénicos que se tiene con respecto a los alimentos, agua y lavado de manos tanto del menor como del responsable.

7. Mayores de 60 años, con respecto a los adultos mayores que habitan en la vivienda, el instrumento pregunta si ha padecido en los últimos 30 días infecciones de las vías respiratorias, las vacunas que ha recibido y si padece alguna enfermedad crónica.

8. Diabetes, se abordan variables que van desde la presencia de diabéticos en las viviendas, adherencia al tratamiento, tiempo de padecer la enfermedad, complicaciones secundarias de la misma, y la existencia de personas fallecidas, algún familiar por diabetes en los últimos ocho años así como antecedentes familiares de la persona fallecida por diabetes.

9. Hipertensión arterial, se busca con esto si en la vivienda se encuentra alguna persona que padezca HTA, en caso afirmativo, si toma algún tratamiento para la HTA, lugar donde se obtiene el tratamiento, adherencia al tratamiento, tiempo de padecer la enfermedad, si padece colesterol elevado y/o diabetes, fallecimiento de algún familiar por HTA en los últimos ocho años así como antecedentes familiares de la persona fallecida por HTA y por ultimo si la persona fallecida realizaba actividad física(ejercicio).

10. En la sección referente al *Infarto agudo al miocardio*, se registran datos que indican si alguna de las personas que viven en la vivienda ha sufrido un infarto del corazón en los últimos siete años, realización de ejercicio físico de manera cotidiana, tiempo en horas a la semana antes del infarto, presencia de tabaquismo antes del infarto, frecuencia de consumo de tabaco antes del infarto, número de cigarros fumados al día, antecedentes de triglicéridos elevados antes del infarto, personas que viven en la vivienda que tengan colesterol elevado, y personas de 40 años y mas que tengan triglicéridos elevados.

11. Mortalidad por cirrosis, encontrar si alguno de los habitantes de la vivienda murió en los últimos ocho años a causa de cirrosis hepática, en caso afirmativo, tipo de cirrosis padecida (alcoholo-nutricional, hepatitis, otra), derecho a servicio de salud y tipo de institución de salud a la que tenía derecho, consumo de siete o más cervezas o copas a la semana, tiempo de haber consumido alcohol, realización de transfusiones sanguíneas antes de 1990.

12. Infecciones de vías urinarias, esta sección se presenta para mujeres de 15 años y más que habiten en la vivienda, presencia de IVUs en los últimos 30 días, presencia de síntomas de éstas, frecuencia del baño (aseo corporal), uso de baños públicos de manera habitual, cantidad de agua consumida al día, consumo diario de alimentos industrializados (papas fritas, botanas empaquetadas, embutidos, hamburguesas, refrescos), uso de condón y por último técnica de limpieza correcta después de orinar.

13. Accidentes de tránsito por vehículo de motor, conocer si alguna de las personas que habitan la vivienda ha sufrido algún accidente automovilístico o de motocicleta en los últimos ocho años, de ser afirmativa la respuesta, quien de los habitantes de la vivienda sufrió el accidente, consecuencias a la salud por el accidente, edad al momento del accidente, uso del cinturón de seguridad, si la persona que sufrió el accidente era el conductor, marca y tipo de vehículo, consumo de alcohol al momento de conducir el vehículo, frecuencia del mantenimiento del automóvil, fecha en que ocurrió el accidente.

Así mismo se trata de identificar de los integrantes de la vivienda mayores de 16 años que conducen vehículo de motor, uso de cinturón de seguridad, manejo a exceso de velocidad, conducir cuando ha ingerido alcohol, marca y tipo de vehículo que maneja y frecuencia en el mantenimiento de los automóviles de la vivienda.

6.1.5.2.1. Validación de los instrumentos

Para la validación del instrumento normalmente el investigador somete su plan de investigación a la revisión de varias personas o grupos antes de ponerlo en marcha. La opinión de un investigador experimentado y sin prejuicios sobre el problema de investigación a menudo es inapreciable para identificar fallos y limitaciones, que de otra manera pudieron no haberse identificado[26].

En este caso, el cuestionario fue sometido a una prueba que se denomina reevaluación o estudio piloto, cuyo objetivo principal fue el de evaluar la idoneidad del plan de obtención de datos, ya que es importante saber si los informantes comprenden las preguntas e indicaciones o si encuentran alguna inconveniente[26].

Para el estudio piloto se aplicó el formato final del cuestionario a un grupo de 10 pacientes, elegidos de manera aleatoria, entre los asistentes que se encontraban en la consulta externa, del turno matutino.

Posterior a la aplicación de los cuestionarios se realizó un ejercicio de lluvia de ideas, donde los equipos de las diferentes sedes donde se aplicó el instrumento externaron las problemáticas detectadas, con la finalidad de realizar las adecuaciones necesarias.

6.1.5.2.2. Resultados de la prueba piloto

En cuanto a los resultados del estudio piloto del instrumento y posterior a la validación de la base de datos se logró obtener una serie de datos que permitieron el análisis de las variables que contenía el mismo.

Pero nos enfrentamos a factores adversos durante este estudio, ya que se aplicó la prueba piloto para el instrumento en nuestra sede de adscripción, encontrando la total disposición de los derechohabientes de la clínica que se encontraban en espera para pasar alguno de los consultorios.

Pero también se detectaron inconvenientes al momento de la aplicación, como por ejemplo la dificultad en la manipulación de los diferentes códigos que en él se utilizaban, ya que en algunos de los casos no coincidían adecuadamente.

Además de que debido a la amplitud del documento nos enfrentamos a la necesidad de esperar a los pacientes que eran llamados a consulta cuando nos encontrábamos en el transcurso de la aplicación, o pacientes a los que les disgustaba el tamaño del cuestionario, por considerarlo muy largo. Debemos señalar en este sentido que los integrantes del equipo aplicamos las encuestas en un tiempo aproximado de entre 15 y 25 minutos.

Por otro lado en algunas ocasiones los pacientes a quienes se les aplicó el instrumento referían no comprender algunos de los cuestionamientos ó de las opciones de respuesta. Y existían preguntas que se negaban a responder, como por ejemplo las relacionadas a las infecciones de vías urinarias o de las que frecuentemente desconocían la respuesta como por ejemplo las relacionadas con sus familiares muertos.

6.1.6. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.1.6.1. Procedimientos para el procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información recolectada por el cuestionario, se empleó como herramienta el Paquete de Análisis Estadístico para las Ciencias Sociales versión 15 ® (SPSS por sus siglas en inglés), en este programa se elaboró la base de datos, la cual se validó antes de ser analizada con la finalidad de identificar incoherencias o errores en la captura de los datos. Los datos fueron capturados mediante códigos por los integrantes del equipo en un periodo comprendido del 17 al 21 de enero del 2008.

Posterior a la captura y análisis en dicho programa, fueron exportados los datos al programa Microsoft Office Excel ®, para manipular dicha información y obtener resultados de incidencias, prevalencias y tasas.

Finalmente se utilizó el programa Epi-Info Version 6 Statcalc ® para el calculo del riesgo relativo y la razón de momios para los factores de riego de los daños priorizados.

6.1.6.2. Indicadores utilizados para la descripción

Se realizó análisis de distribución de frecuencias absolutas, frecuencias relativas (porcentajes), medidas de tendencia central (moda, mediana y media), tablas de contingencia.

La distribución de frecuencias constituye un arreglo sistemático de los valores numéricos, del más bajo al más alto, además de un recuento del número de veces que obtuvo cada valor, esta organización permite apreciar la tendencia de agrupación de las variables de interés como el sexo, edad y derechohabiencia.

Los porcentajes, se calcularon al dividir las frecuencias entre el tamaño de la muestra. Así mismo se realizó el cruzamiento de variables, a partir de dos variables relacionadas.

Tablas de contingencia, es una distribución bidimensional en la cual las frecuencias de dos variables se tabulan en forma cruzada[26].

Moda, constituye el valor numérico más frecuente en una distribución, se determina mediante la inspección de una distribución de frecuencias, la cual se utilizara para variables nominales[16], como lo son derechohabiencia a alguna institución, antecedentes familiares, estado civil, sexo, presencia de DM, HTA, IAM, tabaquismo.

Mediana es el punto de una escala numérica por arriba y por debajo del cual se encuentra el 50 por ciento de los casos o sujetos, representa un índice de la posición promedio en una distribución de números, no se ve afectada por los valores extremos[16], se utilizó para variables ordinales como desnutrición y escolaridad.

Media o promedio, es el punto de la escala de valores que equivale a la suma de los puntajes, dividida entre el número total de casos o sujetos[16], en el caso de mediciones proporcionales e intercalares como es el caso del peso, talla edad, numeró de habitantes de la vivienda, tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad.

6.1.6.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Para el análisis cuantitativo, de las variables se realizó el cálculo de frecuencia, distribución, incidencia, prevalencia, riesgo relativo.

Para el cruce de variables con fines de asociación se realizaron tablas de doble entrada que contenían los casos (sujetos con el daño) y a partir del llenado de estas tablas se realizó la estimación de OR (Odds Ratio), con su respectivo intervalo de confianza, para sustentar la significancia de la asociación.

6.2. Abordaje cualitativo

6.2.1. Tipo de estudio y diseño

En la investigación cualitativa se pretende la comprensión e interpretación de las experiencias subjetivas del investigador y de los involucrados respecto de lo que ocurrió u ocurre en el contexto del fenómeno; los significados que las cosas tienen para las personas[33].

En este caso el tipo de estudio es interpretativo, definido por el nivel de profundidad, consiste en un movimiento del pensamiento que va del todo a las partes y de las partes al todo, de modo tal que en cada movimiento aumente el nivel de profundidad: las partes reciben significado del todo y el todo adquiere sentido de las partes. Esto constituye la idea básica para realizar el análisis cualitativo en tres niveles de profundidad sin que esto se considere un algoritmo[34].

6.2.2. Descripción del universo y muestra

En el caso de la muestra utilizada para trabajar el elemento cualitativo de esta investigación, ésta no responde a criterios estadísticos sino estructurales; utilizándose por lo tanto un muestreo teórico[28].

Buscamos tener representadas en nuestro estudio determinadas relaciones sociales, aquellas que en cada caso se han considerados *a priori*. En el muestreo teórico, el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial, para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrolladas[32].

Es muy importante buscar algunos informantes clave para obtener una información más confiable y hacer una reflexión con sentido. Los informantes clave tienen una comprensión más amplia del escenario, de modo que pueden narrar la historia de la institución o la población y complementar los conocimientos del investigador[32].

Para este caso, se usó una muestra teórica por estratos constituidos por los usuarios, prestadores de servicios y personal directivo, por contar estos con diversas perspectivas y conocimientos sobre el estado de salud de los derechohabientes de la UMF No.66 del IMSS.

Muestra teórica de usuarios
Se realizó una entrevista grupal a tres integrantes de un grupo organizado de mujeres, contactado por medio del departamento de trabajo social de la unidad. Además de una entrevista individual a una joven derechohabiente de ésta clínica.

Muestra teórica de prestadores de servicio
Se realizaron tres entrevistas (semi-dirigidas) a personal prestador de servicio de la UMF No. 66 del IMSS, entre los que se seleccionaron a dos médicos familiares adscritos a consultorios de consulta externa en el turno matutino y una enfermera general adscrita a turnos varios, por tener cargo de cubre vacaciones. En ambos casos se contactaron mediante la colaboración del jefe del departamento de enseñanza.

Muestra teórica de directivos
Se realizaron entrevistas (semi-dirigidas) a dos integrantes del cuerpo de gobierno de la UMF No. 66 del IMSS, en éste caso, con el director clínico y el jefe de la consulta externa. Contactados de igual manera a través de el jefe del departamento de enseñanza.

6.2.3. Definición de variables

6.2.3.1. Conceptos y subconceptos

En cuanto a la definición de los conceptos que formarían parte del abordaje cualitativo del diagnóstico de salud, siendo los conceptos ideas abstractas generalizadas a partir de hechos empíricos, estos son considerados sensibilizadores que dirigen la observación[29]. En un principio, se identificaron aquellos temas de interés que surgieron a partir de los primeros contactos con las diferentes personas con las que se establecieron relaciones en la UMF No 66, esto permitió al equipo contar con una serie de ideas que se fueron definiendo con el tiempo, dicha tarea se realizó de dos formas, una a través de la revisión documental, en la que se busco retomar las posturas de otros investigadores, mientras que la otra, a partir de la participación de expertos.

Como percepción (PE) se entiende a la sensación interior que resulta de una impresión material, del conocimiento y las ideas. Elementos contribuyentes para la percepción son la experiencia (PEex), el aprendizaje (PEap) y las creencias (PEcr), se entiende la experiencia a la forma de conocimiento o habilidad, derivado de la observación o de la vivencia de un evento, proveniente de las cosas que suceden en la vida. Aprendizaje se refiere a la adquisición de conocimiento, habilidades y destrezas. Las creencias se consideran a la acción expresiva y simbólica que mantienen una estrecha relación con aquello que lo genera[30].

La salud (SA) es el estado completo de completo bienestar físico, psicológico y social[31], considerando que el estado de salud (SAes), se refiere a la situación en la que se encuentra una persona en relación a los cambios que influyen en su condición de salud. La enfermedad (SAen) es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico o profesional de la salud. A la experiencia subjetiva, respecto a las sensaciones de bienestar o malestar que no son diagnosticadas por profesionales de la salud, se les considera padecimientos (SApa).

Respecto a las prácticas (PR) se entienden como los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo, es estás se pueden considerar normativas (PRno), aquellas acciones determinadas por normas, reglamentos, leyes, etc. Las prácticas profesionales (PRpf) son las que acciones realizadas por personal de salud, basadas en conocimientos científicos para mejorar el estado de salud.

Mientras que las prácticas alternativas (PRal) se les considera como acciones basadas en sugerencias

recomendaciones determinadas por conocimientos empíricos, como recursos (PRre) se considera a los elementos que apoyan el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, como relación médico-paciente (PRmp), relación humana que se presenta dentro de un consultorio, en la que existe la expectativa de curar (médico) y de ser curado (paciente).

Un concepto de gran importancia para la UMF No 66 son los retos (RE), que se consideran así aquellos objetivos o empeños difíciles de llevar a cabo, que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta, en este sentido los retos de recursos materiales (RErm) son los aquellos bienes de la institución que permitan mejorar los servicios, así como la infraestructura y el equipamiento. Se entiende la Calidad en el servicio (REcs), como la satisfacción las diversas necesidades de salud expresadas por los usuarios. Sobre la relación médico paciente (REmp) se considera a relación humana que se presenta dentro de un consultorio, en la que existe la expectativa de curar (médico) y de ser curado (paciente).

En cuanto a retos en los procesos administrativos se entiende aquella serie de acciones que permiten el aprovechamiento optimizado de los recursos con los que cuenta la institución. Para finalizar, los retos presupuestales, son aquellos recursos económicos destinados a cubrir las necesidades de la unidad.

Al ser este un abordaje de tipo cualitativo, se cuenta con posibilidades de hacer ajustes durante el proceso de investigación con intensión de redefinir la búsqueda de la información.

6.2.4. Técnicas y procedimientos para recolección de la información

6.2.4.1. Mecanismos y técnicas empleadas para la recolección de información

En el caso del componente cualitativo de la investigación, las técnicas usadas para obtener datos son muy variadas y permiten alcanzar niveles de profundidad muy diversos. Se pueden clasificar como técnicas de persona, tales como la entrevista, el grupo focal y el grupo de discusión o técnicas de contexto, tales como la observación y la historia de vida[33].

En un principio se planteó para esta investigación el uso de la entrevista dirigida a los prestadores de servicios y directivos. Entendiendo a la entrevista como una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de una persona o de unos grupos (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado[33]. Siendo en este caso estandarizada, ya que se recurrió al uso de una guía de entrevista para la conversación (ver anexo 11).

Para la recolección de información de parte de los usuarios de la UMF No. 66 del IMSS, la técnica que se planteó utilizar en un principio fue el grupo focal, esta técnica también es conocida como reuniones exploratorias de grupo y que se emplean para obtener información sobre las percepciones, creencias y lenguaje de los participantes. Esta técnica debe realizarse con la participación de cinco a diez personas con atributos que los hagan homogéneos y en este caso se seleccionó a los grupos organizados dentro de esta unidad, como podría ser el grupo de hipertensos, diabéticos, mujeres, hombres, embarazadas o adolescentes. Para todo esto se uso una guía para llevar un orden en cuanto a las preguntas y, permitiendo que los entrevistados contesten dichas preguntas libremente[32].

Durante el proceso se encontraron diversas limitantes que dificultaron el trabajo a realizar, especialmente al trabajar con los usuarios, principalmente por la dificultad que les representaba permanecer durante el evento de recolección de información ya que la sesión de trabajo para dicha tarea se vinculó con aquellas sesiones de trabajo organizadas por el departamento de trabajo social, por lo tanto los usuarios tenían que permanecer en las instalaciones de la UMF por alrededor de dos horas con treinta minutos, para lo cual en ocasiones no estaban preparadas. Aunado a esto, el período vacacional del mes de diciembre dificultó la realización del grupo focal (usuarios), tomando la decisión por parte del equipo de trabajo, de realizar entrevistas individuales a usuarios asistentes a la consulta.

Todas las entrevistas que se llevaron a cabo en una de las aulas de enseñanza de la UMF No 66, con intención de evitar interferencias o elementos distractores durante su realización.

6.2.4.2. Instrumentos utilizados en la recolección de información

6.2.4.2.1. Validación de los instrumentos

En cuanto a la parte cualitativa, los instrumentos de recolección de información que se emplearon fueron diversos, con la intensión de contar con la mayor cantidad de información para el análisis. Por un lado se tuvieron

aquellos que permitieron dirigir las entrevistas, así como aquellos que permitieron recuperar evidencias de cada uno de los eventos.

El principal instrumento de recolección de información utilizado fue la guía de entrevista para cada uno de los actores sociales (prestador de servicios, personal directivo, usuarios), mediante la cual se obtienen datos generales (nombre, sexo, edad, puesto, ocupación, estado civil y grado máximo de estudios alcanzado) aunado las preguntas tema, encaminadas a conocer la percepción de cada uno de ellos, con respecto al estado de salud (ver anexo No.4).

Respecto a la forma de recolección de la información para el estudio cualitativo es importante señalar que para obtener elementos válidos y confiables mediante técnicas de obtención de información cualitativa se deben tomar en cuenta aquellos aspectos relacionados con el modo de efectuar la observación y utilización de instrumentos (grabadora, video, cuaderno de campo, etc.). En esto la paciencia y la imaginación son las que permiten optar por la vía más adecuada[33].

Se requirió la validación por expertos, efectuada mediante asesorías por parte de los coordinadores de la materia de Gestión del conocimiento I.

Se realizó una prueba de estudio piloto de los procedimientos que se llevarían a cabo en la prueba final, que en este caso están conformadas por entrevistas y grupos focales. Validando mediante la aplicación a expertos de su realidad (actores sociales) las guías de entrevistas, auxiliándose mediante instrumentos como grabación de video y voz, además de observadores que tomaron notas durante todo el proceso.

De esta prueba piloto se desprenden una serie de resultados que al ser validados con los titulares del Modulo de Gestión del Conocimiento se pudo modificar en cuanto a estructura y contenido, dichos cambios con intención de obtener información más significativa que la obtenida en la prueba piloto.

Uno de los cambios más significativos fue la decisión de realizar entrevistas a los usuarios en sustitución del grupo focal, situación que se aborda más a detalle en el siguiente apartado.

6.2.4.2.2. Resultados de la prueba piloto

Uno de los componentes que contribuye a la percepción que tiene el personal directivo del estado de salud de los derechohabientes usuarios, gira en torno a las situaciones que se presentan al momento de asistir a consulta, ya que, muchas de las personas acuden a este nivel para quejarse del trato y del servicio. Esto se observa en la transcripción de la entrevista, realizada al directivo de la UMF No. 66, quien menciona en la entrevista lo siguiente:

"A veces vienen con una dolencia y si el médico no lo trata de buena manera el paciente no se va satisfecho y no hay una buena impresión y no se motiva y esta situación se presenta todos los días, se van a quejar de que la asistente les grito, de que el médico no los volteó a ver, con lo del expediente electrónico, se la pasa viendo el monitor. Pero no todos son así, algunos mis respetos."

La información que se presenta en la transcripción de las entrevistas se complementó con la guía de observación propuesta para estos eventos, la cual se utilizó de apoyo en la realización de las entrevistas (ver anexo 12).

Para esta etapa se contó con el apoyo del Departamento de Trabajo Social y el Área de Enseñanza de la UMF No. 66, en especial de sus titulares, quienes brindaron todas las facilidades para la realización de las entrevistas. A pesar del apoyo recibido, se suspendió la realización del grupo focal con los derechohabientes, por inicio de periodo vacacional.

6.2.5. Técnicas y procedimiento para el procesamiento y análisis de la información

6.2.5.1. Procedimientos para el procesamiento de la información

Se llevaron a acabo dos entrevistas dirigidas a usuarios de la UMF No. 66, una de manara grupal en la que participaron tres mujeres de diferentes asistentes a uno de los grupos organizados por el departamento de trabajo social y la segunda entrevista fue hecha a una persona usuaria de la consulta de Medicina familiar, de igual manera se realizaron tres entrevista individuales a prestadores de servicios, que para el caso particular fueron dos médicos adscritos a consultorios de medicina familiar y una enfermera, en cuanto al nivel de directivos, se entrevistaron a dos integrantes del cuerpo de gobierno de la UMF, incluyendo al director de la misma.

Por cada una de las entrevistas se realizó una transcripción de manera fiel, para lo cual se empleó, un procesador de textos Word de Office®, con el apoyo del programa de reconocimiento de voz Natural Dragon Speak®, ambas herramientas informáticas se emplearon con intención de

reducir el tiempo de captura de las mismas, de este proceso se obtuvo una serie de formatos de transcripción[34] los cuales fueron contrastados con las guías de temas que se emplearía para las entrevistas, así como las guías de observación que se realizaron en cada una de las entrevistas.

Una vez transcritas cada una de las entrevistas se realizó una revisión de ellas verificando su contenido con las grabaciones en audio y video, para las que hay que aclarar que se solicitaba el consentimiento de los entrevistados antes de tomarlos. Así como las notas de observación de cada uno de los eventos, con intensión de tomar en cuenta el lenguaje no verbal, así como la aquellas aspectos observados en el entrevistador.

En una siguiente etapa del análisis, se tomó cada una de las transcripciones de las entrevistas para depurar la información y hacer un primer acercamiento al discurso de cada uno de los tipos sociales. Este ejercicio pretende darle seguimiento a aquellos conceptos que de manera anticipada se establecieron para la dirección del trabajo de investigación, al tratar de ubicar las ideas claves que se relacionan a los conceptos antes presentados. También se buscaron aquellos conceptos emergentes que se incluirían para el análisis, se les considera emergentes dado que se presentan en el discurso de las personas, pero estos no fueron definidos con anterioridad, el resultado de este ejercicio será el mapeo del discurso, en que se resaltan aquellos conceptos clave.

6.2.5.2. Indicadores para el procesamiento de la información

Los indicadores que se utilizaran para la descripción son aquellos en los que se apoya el espectro del discurso para esto se buscan las generalidades, la variabilidad así como los casos extremos del discurso. La generalidad del discurso se presenta cuando las tres cuartas partes o más de las variables discursivas comparten los mismos códigos, variabilidad es cuando la distribución del discurso se presenta cuando dos cuartas partes de las variables comparten los mismos códigos. Como casos extremos se consideraran aquellas opiniones en las que se codifican al menos una cuarta parte de las variables discursivas.

6.2.5.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Para finalizar un segundo nivel de análisis, se busco realizar el espectro del discurso en que se busca encontrar las consistencias del discurso de las diferentes personas que participaron en las entrevistas, estos datos surgen a partir del mapeo del discurso[28].

A partir de lo realizado con el mapeo se estructuró el espectro del discurso que implica realizar una matriz que permita contar con los conceptos, los cuales fueron estructurados de manera anticipada y se les presentaron a los actores sociales que participaron en las entrevistas realizadas para la recolección de la información, enmarcando este tipo de análisis en un análisis de tipo temático[35].

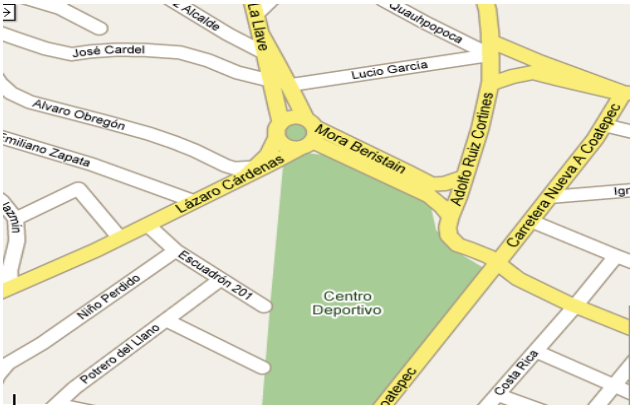
Para el abordaje cualitativo, el análisis que se realizó de la información se encuentra enmarcado dentro de lo que se conoce como análisis de contenido, siendo de este tipo ya que la interpretación que se hace del contenido de las entrevistas se realiza a partir de la interpretación de textos, de este tipo de análisis se desprenden una serie de técnicas, en este caso se empleó el análisis temático ya que se realiza a partir del temas establecidos y realizando un conteo de estos[27].

7. RESULTADOS

7.1. Localización geográfica de la sede

La UMF No. 66 del IMSS, se localiza en la ciudad de Xalapa, capital del estado de Veracruz, situada en las faldas del Cerro Macuiltépetl. A una altura de 1,427 metros sobre el nivel del mar, colindando con los municipios de Banderilla, Coatepec, Emiliano Zapata, San Andrés Tlalnehuayocan, Naolinco y Jilotepec. Contado con una superficie de 118.45 Km^2 [36].

Figura 1. Localización de la UMF No.66 del IMSS



Se trata de una unidad de primer nivel de atención, que esta ubicada entre las calles de Ingeniero M. P. Beristain, Esquina con 7 de noviembre (ver figura 1), cercano al Centro Deportivo Ferrocarrilero y con C.P 91070. Se encuentra instalada en lo que anteriormente era un hospital para trabajadores de Ferrocarriles Nacionales.

7.2. Características físicas de la sede

La UMF No.66 es un espacio que el IMSS se ha encargado de ir adaptando a las necesidades requeridas, de acuerdo a su función actual como Clínica de primer nivel de atención; ya que como se mencionó anteriormente el edifico fue construido originalmente para albergar el Hospital de Ferrocarriles Nacionales, contando por lo tanto con una estructura diseñada para atención hospitalaria, con salas de espera reducidas y una rampa, usada anteriormente para traslado de camillas[37].

Su infraestructura la conforman 28 consultorios de medicina familiar en dos turnos, matutino y vespertino y todas las áreas que se listan a continuación:

Áreas que conforman la UMF No. 66[36].

- 28 consultorios de medicina familiar
- 7 consultorios de medicina preventiva
- 3 consultorios de estomatología
- Consultorio de estomatología preventiva
- Consultorio de nutrición
- 3 consultorios de salud en el trabajo
- 2 consultorios de evaluación Médica Infantil (EMI)
- Laboratorio con tres peines
- Consultorio de ultrasonido
- Sala de rayos X
- Sala de mastografía
- Área de atención médica continua
- Consultorio de epidemiología
- Sala de curaciones
- Área de fomento a la salud
- Farmacia
- Archivo
- Área de prestaciones económicas
- 2 cubículos de trabajo social
- Área de enseñanza
- Aula de enseñanza
- Centro de computo de enseñanza
- 2 aulas
- Jefatura de enfermería
- Sala de juntas
- Administración
- Dirección
- Área de esterilización (CEYE)
- Área de salud en el trabajo
- Cubículo de gestión de calidad
- Área de personal (APS)
- Área de red de frío
- 2 baños públicos
- Cafetería
- Estacionamiento para personal
- Áreas verdes

Cada cubículo cuenta con un sanitario para uso exclusivo del personal, así como con el equipamiento requerido para cada espacio de trabajo.

7.3. Características del personal de salud

La UMF No.66 está conformada por 323 trabajadores, de los cuales 13 son personal de confianza, contando con puestos administrativos y de toma de decisiones; el resto del personal (310 personas) forma parte del personal de base de esta Unidad.

De los cuales el mayor número se encuentra constituido por médicos familiares (un total de 72), seguido por las asistentes médicas (68), mientras que en la categoría de Auxiliar Universal de Oficinas se cuentan con 24 elementos y los Auxiliares de Servicios de Intendencia con 20 personas; el resto del personal forma parte de diversas categorías[36].

7.4. Servicios que se ofrecen en la sede

La UMF No. 66 del IMSS, ofrece los servicios que se enlistan a continuación[38]:

- Consulta externa de medicina familiar
- Consulta de medicina preventiva
- Odontología
- Urgencias (“Atención Médica Continua”)
- Laboratorio
- Rayos X
- Consulta de nutrición
- Sala de mastografía
- Consulta de epidemiología
- Consulta de salud del trabajo
- Trabajo social
- Consultorio de optometría
- Ultrasonido
- Fomento a la salud
- Sala de curaciones

7.5. Resultados

7.5.1. Derivados del análisis cuantitativo

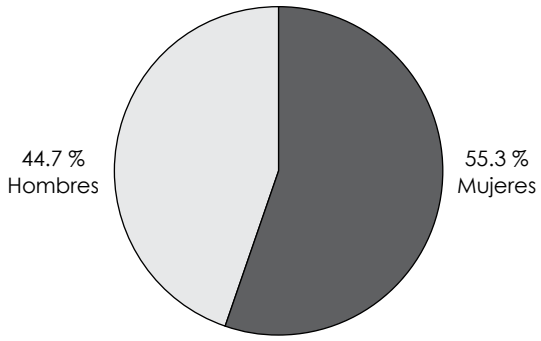
7.5.1.1. Características sociodemográficas

Tabla 1. Distribución por edad en grupos quinquenales de la población derechohabiente de la UMF No. 66

GRUPO	Hombre	Mujer	Total
Menor de 1	11	13	24
1 a 4	27	33	60
10 a 14	24	32	56
15 a 19	56	62	118
20 a 24	70	70	140
25 a 29	35	46	81
30 a 34	32	41	73
35 a 39	25	39	64
40 a 44	27	41	68
45 a 49	26	40	66
5 a 9	37	33	70
50 a 54	28	37	65
55 a 59	15	24	39
60 a 64	18	25	43
65 y más	30	33	63
N/E	4	7	11
Total	465	576	1041

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Figura 2. Distribución hombre mujer de la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tasa bruta de mortalidad

La tasa de mortalidad encontrada en los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS para el año 2007, fue de casi 4 muertes por cada 1000 derechohabientes.

Tabla 2. Tasa bruta de mortalidad para el año 2007 de la UMF No. 66 del IMSS

	Frecuencia	Tasa de mortalidad
Muertes	4	3.8
Total	4	3.8

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tasa bruta de natalidad

La tasa de natalidad fue de casi 27 nacimientos por cada mil derechohabientes

Tabla 3. Tasa bruta de natalidad para el año 2007 de la UMF No. 66 del IMSS

	Nacimientos	Tasa de natalidad
Nacimientos	28	26.74

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tasa de crecimiento natural para el 2007

La tasa de crecimiento natural que se calculo a partir de la diferencia de la tasa de natalidad y la de mortalidad, en esta población fue positiva (22.94). Por lo que se puede concluir que en la población estudiada se presentaron más nacimientos que muertes durante el año 2007.

Distribución por lugar de residencia

Tabla 4. Distribución por lugar de residencia habitual de la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Alto Tío Diego, Tepetlán	1	0.4
Banderilla	2	0.7
Coatepec	4	1.5
El Carrizal	1	0.4
El Castillo	2	0.7
El chico	1	0.4
Emiliano Zapata	6	2.2
Guadalupe Victoria	1	0.4
Huatusco	1	0.4
Mata de jobo	1	0.4
Miradores del Mar	1	0.4
Misantla	1	0.4
Pacho Viejo	1	0.4
Rafael Lucio	1	0.4

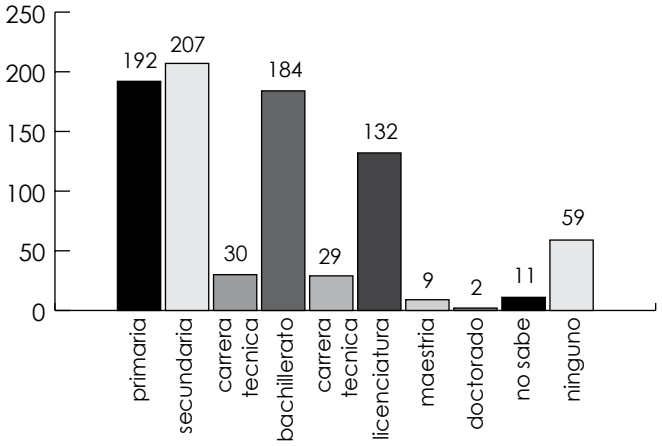
San Andrés Tlalnehuayocan	2	0.7
Teocelo	1	0.4
Xalapa	244	89.1
Total	274	100.0

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social

En cuanto al lugar de residencia de la población participante en el estudio, se encontró una proporción del 90 por ciento de habitantes de la ciudad de Xalapa, Ver.

Distribución por nivel de escolaridad (≥12 años)
Los estudios que se encontraron con mayor proporción fueron: educación secundaria terminada con el 24 por ciento, educación primaria con el 22.3 por ciento, bachillerato con el 21.3 por ciento y únicamente un 6.8 por ciento de la población carece de estudios terminados.

Figura 3. Nivel máximo de escolaridad alcanzado por la población derechohabiente mayor de 12 años de la UMF No. 66 del IMSS

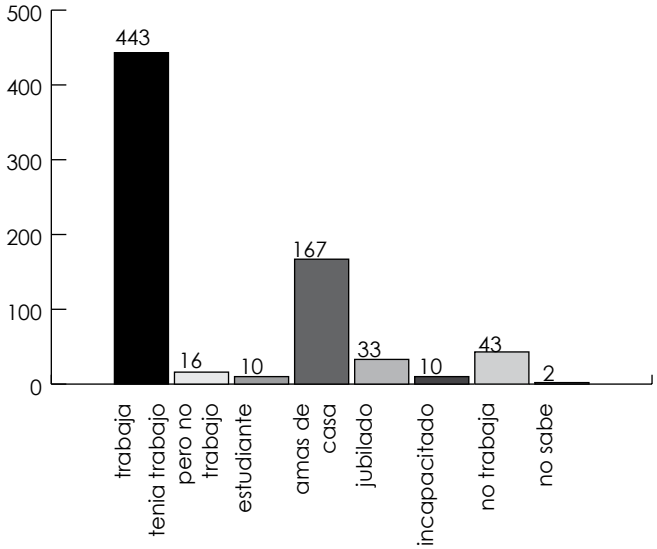


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Distribución por condición de actividad económica (≥12 años).

En relación a la condición de actividad económica, más de la mitad de la población que se estudio, se encontraba trabajando la semana anterior a la entrevista (51.4 por ciento), como segunda actividad económica de mayor frecuencia se registro a los estudiantes que representan el 19.4 por ciento, seguido por labores del hogar, en el resto de las actividades económicas se observó un mínimo porcentaje.

Figura 4. Distribución por condición de actividad económica de la población mayor de 12 años derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS



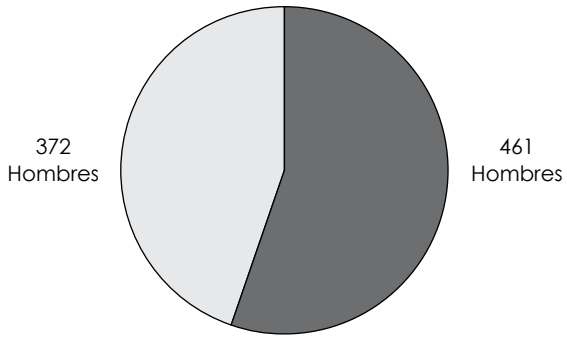
Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Proporción de población Alfabeta por sexo en los derechohabientes de la UMF No 66 del IMSS

En la población mayor de 15 años se detectaron 372 hombres alfabetas y 461 mujeres en la misma condición, siendo 43.2 por ciento y 53.6 por ciento respectivamente.

Por otro lado en cuanto al porcentaje de analfabetismo en la población estudiada fue del 3.2 por ciento, en su mayoría mujeres.

Figura 5. Proporción de población alfabeta por sexo en los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Distribución del nivel económico familiar

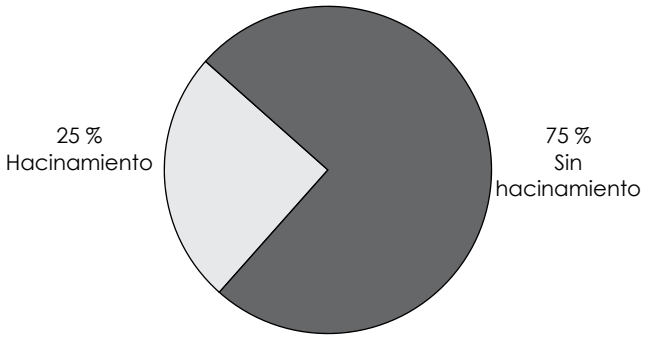
La distribución del nivel económico familiar en la población participante, se concentro principalmente en el nivel alto con 45.6 por ciento y medio con 40.8 por ciento, mientras que en nivel bajo la proporción fue 13.6 por ciento.

Tabla 5. Distribución del nivel económico familiar para el año 2007 de la población derechohabiente ≥12 años de la UMF No. 66 del IMSS

Nivel económico familiar	Frecuencia	Porcentaje
Alto	124	45.6
Bajo	37	13.6
Medio	111	40.8
Total	272	100.0

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Figura 6. Frecuencia de hacinamiento de los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS



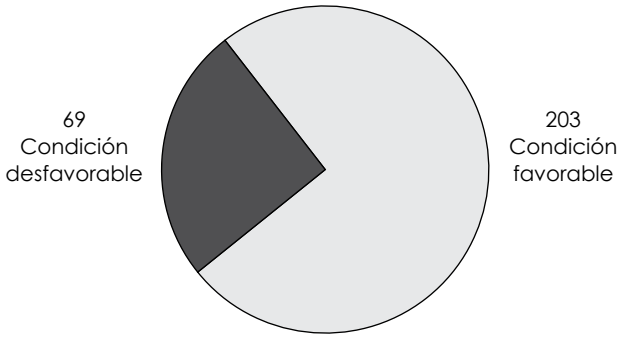
Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En relación al hacinamiento, encontramos que 75 por ciento de la población estudiada vive sin condiciones de hacinamiento, mientras que el 25 por ciento restante nos refirió datos que nos permitieron saber que viven en condiciones de hacinamiento.

Proporción de viviendas en condiciones desfavorables.

El 25.4 por ciento de las familias encuestadas habitan hogares con condiciones desfavorables, mientras que casi 75 por ciento de los derechohabientes refieren tener viviendas con condiciones favorables.

Figura 7. Número de viviendas en condiciones desfavorables de la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

7.1.1.1. Identificación de los daños.

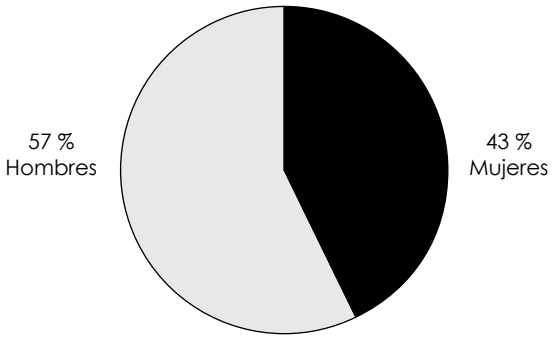
MORBILIDAD

Incidencia acumulada:

Infección respiratoria aguda en niños <5 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general y por sexo.

Durante el mes previo a la realización del estudio se encontró una incidencia acumulada de 50 por cada 100 niños menores de 5 años para IRAs, siendo el sexo masculino el que presento la incidencia más alta en cuanto a infección respiratoria aguda, con casi 59 casos por cada 100 menores en ese grupo de edad.

Figura 8. Incidencia de infección respiratoria aguda en menores de 5 años por sexo de la UMF No. 66 del IMSS

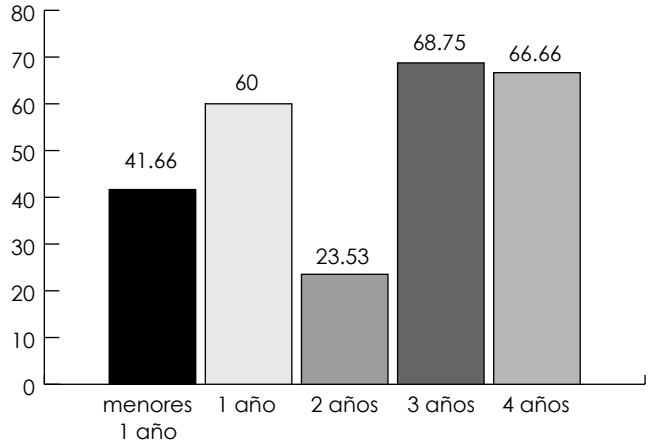


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Incidencia de infección respiratoria aguda por edades desplegadas de la población <5años derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS.

Se encontró que la incidencia acumulada más elevada por edad, siendo la de 3 años donde se detectaron casi 67 casos de IRAs por cada 100 niños de esta edad. Mientras que en el grupo de los menores de 2 años la incidencia fue menor con respecto a las demás edades, con una incidencia de casi 24 por cada 100 menores de este grupo de edad.

Figura 9. Incidencia de infección respiratoria aguda por edades desplegadas de la población <5años derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

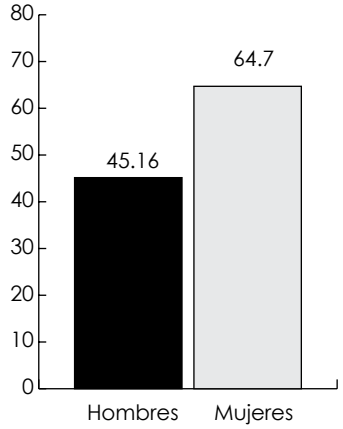


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Infección respiratoria aguda en el adulto mayor durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general y por sexo.

La incidencia acumulada por sexo para IRAs en adultos mayores de 60 años encontrada fue mayor para el sexo femenino con 64.7 por cada 100 derechohabientes de ese grupo de edad y de 45.16 por cada 100 hombres.

Figura 10. Incidencia de infección respiratoria en adultos mayores, por sexo en la UMF No. 66 del IMSS

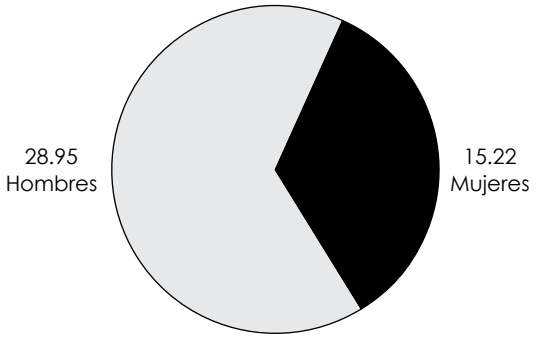


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Enfermedad diarreica aguda en niños <5 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general, por edades desplegadas y por sexo.

La incidencia acumulada general para las EDAs es de 21 niños menores de 5 años enfermos por cada 100 infantes del mismo grupo de edad, mientras que la incidencia por sexo es de casi 29 niños enfermos por cada 100 y en el caso de las niñas es de 15 por cada 100.

Figura 11. Incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años por sexo de la UMF No. 66 del IMSS

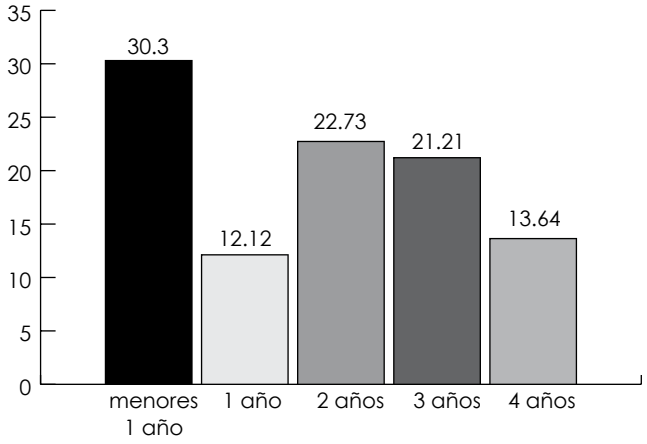


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Incidencia acumulada de enfermedades diarreicas agudas por edades desplegadas

La incidencia acumulada para enfermedad diarreica por edad, en menores de 5 años, fue de 30 por cada 100 menores de 5 años, mientras que la incidencia menor se encuentra en los infantes de 1 año con 12 por cada 100 menores de esta edad.

Figura 12. Incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años por sexo de la UMF No. 66 del IMSS



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Infección de vías urinarias en mujeres ≥15 años durante el mes previo a la entrevista

Incidencia acumulada general de infección de vías urinarias en mujeres mayores o iguales de 15 años.

La incidencia fue de casi 10 casos de infección de vías urinarias en mujeres ≥15 por cada 100, en ese mismo rango de edad, en las mujeres derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS.

Tabla 6. Incidencia acumulada general de infección de vías urinarias en mujeres mayores o iguales de 15 años derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS, durante el mes previo a la entrevista

Infección de vías urinarias	Frecuencia	Porcentaje
Sin IVUS	259	56.6
Con IVUS	45	9.8
Total	304	66.4
No contestaron	154	33.6
Total	458	100.0
Incidencia		9.83

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Incidencia acumulada: Infección de vías urinarias por grupos de edad de interés epidemiológico

La incidencia acumulada por grupos de edad de interés epidemiológico encontrada fue de 5 por cada 100 mujeres de 25 a 44 años, por otro lado el grupo de edad que presentó una menor incidencia fue el de 15 a 19 años.

Tabla 7. Incidencia acumulada de infección de vías urinarias por grupos de edad de interés epidemiológico de las mujeres derechohabientes a la UMF No. 66 del IMSS

Grupos de interés epidemiológico.	Si	No	No Contestó	Incidencia
>=65	3	13	0	1
15-19	1	32	2	0
20-24	4	35	3	1
25-44	22	103	1	5
45-49	4	24	1	1
50-59	7	39	4	2
60-64	4	13	0	1
Total	45	259	11	

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos > de ≥ 16 años durante los últimos 8 años.

Frecuencia acumulada por grupo de edad de interés epidemiológico.

La frecuencia para accidentes en la población derechohabiente que participo en el estudio, fue de 36 accidentes para el periodo 2000 2007 por cada 100 derechohabientes mayores de 16 años, en cuanto la distribución por grupo de edad se encontró una frecuencia mayor de accidentes en los grupos de 25 a 44 años con 50 por ciento de los accidentes referidos por los derechohabientes, en contraste la menor proporción se presento en el grupo de 60 a 64 años con 5.6 por ciento.

Frecuencia de accidentes de transporte de vehículo de motor en la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS mayor de 16 años por grupo de edad, para el periodo 2000 -2007.

Tabla 8. Accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos > de 16 años durante los últimos 8 años

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	5	13.8
20 a 24	8	22.2
25 a 44	18	50.0
50 a 59	3	8.4
60 a 64	2	5.6
Total	36	100

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Frecuencia por grupo de edad y por sexo

En cuanto a la frecuencia por sexo se presentó el mismo número de accidentes en hombres y mujeres por lo que no hubo diferencia por sexo así mismo los grupos de edad, que presentaron mayor frecuencia en accidentes fue el de 25 a 44 años con 50 por ciento de los accidentes presentados durante el periodo 2000 -2007 y el de 15 a 19 años con una frecuencia de 13.8 por ciento accidentes, la frecuencia menor se presento en los adultos mayores de 60 a 64 años.

Infarto agudo de miocardio
Frecuencia acumulada general y por grupo de edad de interés epidemiológico.

El grupo de edad que presenta la frecuencia más elevada fue el grupo de 60 a 64 años, mientras que la incidencia general para infarto agudo de miocardio es de 5 por cada 100 derechohabientes.

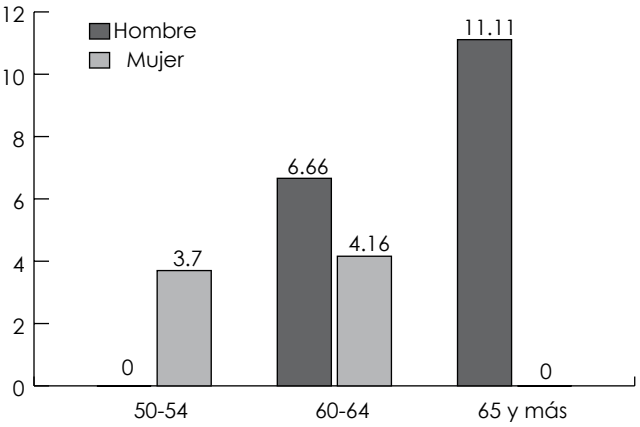
Tabla 9. Frecuencia de infarto agudo a miocardio en población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS, para el período del 2000 al 2007

Grupo de edad	Frecuencia	Personas infartadas	Incidencia
50 a 54	46	1.0	2.2
55 a 59	39	0.0	0.0
60 a 64	43	2.0	4.7
65 y más	63	2.0	3.2
N/E	0	5.0	0.0
Total	191	10	5.2

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Incidencia por sexo para infarto agudo a miocardio
Los hombres de 65 años y más presentaron una incidencia de 11 infartos por cada 100 derechohabientes en ese grupo de edad, en el caso de las mujeres el grupo de edad con la mayor incidencia es el grupo de 60 a 64 años con una incidencia de 4 infartos por cada 100 derechohabientes.

Figura 13. Incidencia acumulada por grupo de edad y sexo para infarto agudo al miocardio de los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Prevalencia (al momento de la entrevista) de:

Hipertensión arterial sistémica: prevalencia y por grupos de edad de interés epidemiológico
La prevalencia general de hipertensión arterial entre los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS es de casi 10 hipertensos por cada 100 derechohabientes.

Tabla 10. Prevalencia de hipertensión arterial sistémica de la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS, para el período del 2000 al 2007

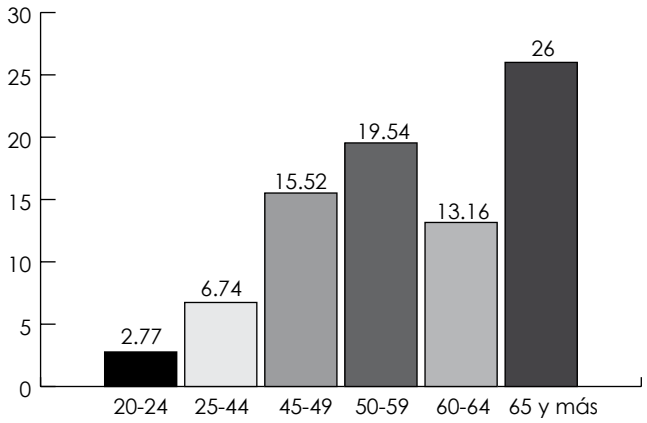
Hipertensión	Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia
N0	608	92.2	-
Si	65	7.8	-
Total	673	100.0	9.7

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El grupo que presentó la prevalencia más elevada para hipertensión fue el de 65 años y más, con 26 hipertensos por cada 100 derechohabientes, seguido por los grupos de edad de 50 a 59 años con casi 20 hipertensos por cada 100, y el de 45 a 49 años con casi 16 hipertensos por cada 100 derechohabientes.

Mientras que el que grupo de edad que presenta la menor prevalencia es el de 20 a 24 años con casi tres hipertensos por cada 100 derechohabientes.

Figura 14. Prevalencia de hipertensión por grupos de edad en los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diabetes mellitus: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

Prevalencia general de diabetes mellitus en los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS mayores de 25 años.

La prevalencia de DM en la población derechohabiente mayor de 25 años encontrada es de casi 12 diabéticos por cada 100 derechohabientes a partir de ese grupo de edad.

Tabla 11. Diabetes mellitus: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico de la UMF No. 66 del IMSS

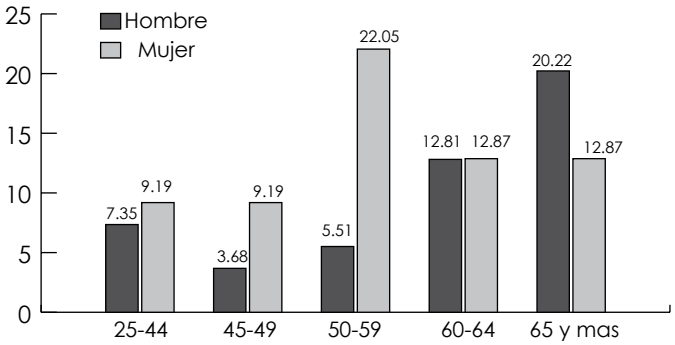
Diabetes Mellitus	Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia
No	481	88.42	-
SI	63	11.58	-
Total	544	100	11.58

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Prevalencia de diabetes mellitus por grupo de edad de interés epidemiológico y por sexo

Las mujeres del grupo de edad de 50 a 59 años, presentaron la prevalencia más alta de diabetes con 22 casos por cada 1000 mujeres, mientras que en el caso de los hombres la prevalencia más alta se presento en los hombres de 65 años y mas con una valor de 20 por cada 1000 derechohabientes, la prevalencia menor se presento en las mujeres de 25 a 44 años (9 por cada 1000) y en los hombres de 45 a 49 años (casi 4 por cada 1000).

Figura 15. Prevalencia de diabetes mellitus en derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS por sexo y grupo de edad



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ALCOHOLISMO

Prevalencia general en mayores de 15 años

Tabla 12. Prevalencia de alcoholismo en mayores de 15 años de la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

Alcoholismo	Frecuencia	Porcentajes	Prevalencia
Si	45	5.34	-
No	798	94.66	-
Total	843	100	5.34

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social-

El alcoholismo en mayores de 15 años mostró una prevalencia de 5 por cada 100 derechohabientes en este grupo de edad.

Alcoholismo por grupos de edad de interés epidemiológico

La prevalencia de alcoholismo entre los diferentes grupo de edad de derechohabientes de la UMF No 66 fue de 11 por cada 100 en hombres de 60 a 64 años, siendo la más alta para varones y en el caso de las mujeres encontramos una prevalencia de 3 por cada 100 en el grupo de 60 a 64 años de edad, los grupos de edad con menor prevalencia de alcoholismo para ambos sexos fue el grupo de 15 a 19 años de edad.

TABAQUISMO

Prevalencia general

La prevalencia general de tabaquismo en la población mayor de 12 años de derechohabientes de la UMF No. 66 es de casi 16 fumadores por cada 100 derechohabientes.

Tabla 13. Prevalencia de tabaquismo en mayores de 12 años de la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

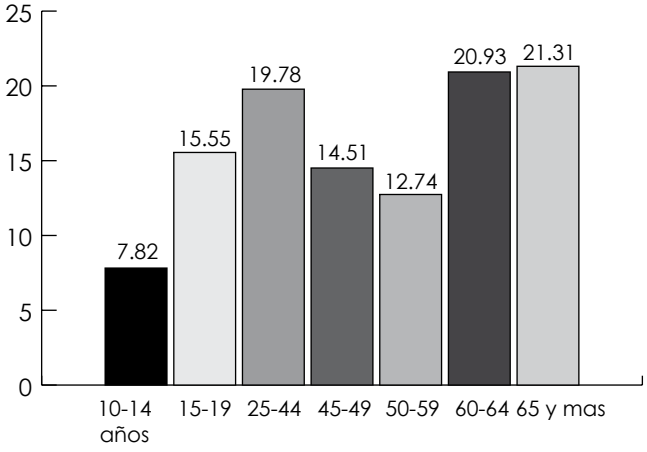
Tabaquismo	Frecuencia	Prevalencia
Si	130	-
No	690	-
Total	820	15.8

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Prevalencia de tabaquismo por grupo de edad de interés epidemiológico

La prevalencia general de tabaquismo por grupo de edad fue de 21 por cada 100 en el grupo de 65 y mas, y la prevalencia más baja fue para el grupo de 10 a 14 años con 0 casos de tabaquismo, se puede observar que conforme aumenta la edad aumenta la prevalencia de tabaquismo.

Figura 16. Prevalencia general de tabaquismo en la población derechohabiente en la UMF No. 66 del IMSS por grupo de edad



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MORTALIDAD

Distribución anual de las 10 principales causas de muerte por sexo y grupo etáreo.

En la UMF No. 66 sólo encontramos 4 muertes reportadas por la encuesta para el año 2007, en las que se encuentra diabetes mellitus (1), hipertensión arterial (2), y accidente automovilístico (1).

Tabla 14. Distribución de la mortalidad referida por la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS para el año 2007

Grupo de edad	Diabetes	Hipertensión arterial	Accidente automovilístico	Total
25 a 44	0	0	1	1
65 y mas	1	2	0	3
Total	1	2	1	4

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

7.5.1.3. Factores de riesgo para los daños.

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMAR:

Tabla 15. Riesgo relativo para los factores de riesgo de IRAs en menores de 5 años de la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo
Lactancia	1.14	0.71, 1.82
Exposición al humo de leña o carbón.	No aplica	-
Esquema incompleto pentavalente	1.81	0.61, 5.37
Esquema incompleto anti-influenza	1.14	0.71, 1.83
Responsable analfabeta	No aplica	-
Responsable capacitado	No aplica	-
Nivel económico bajo & alto	0.70	0.44, 1.10
Nivel económico bajo & medio	No aplica	-

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo a los resultados encontrados, el no recibir lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida es un factor de riesgo para la presencia de enfermedad infecciosa respiratoria aguda en menores de 5 años, así como el no tener el esquema completo de vacunación de pentavalente y anti-influenza, aunado a tener un nivel económico familiar bajo. El resto de los factores de riesgo no mostraron asociación con la presencia de enfermedad.

Infección respiratoria aguda en el adulto mayor (≥60 años). Riesgo relativo para los factores de riesgo asociados a IRAs en adultos mayores de 60 años de la población derechohabiente de la UMF No 66 del IMSS:

Se encontraron como factores de riesgo asociados para IRAs en el adulto mayor a la exposición a humo leña, tener diabetes o hipertensión así como no tener

el esquema completo de vacunación anti-influenza y antineumocóccica, el resto de los factores de riesgo no mostraron asociación significativa.

Tabla 16. Riesgo relativo Infección respiratoria aguda en el adulto mayor (≥60 años)

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo
Exposición al humo de leña	1.92	0.83, 4.47
Esquema incompleto anti-influenza	0.92	0.50, 1.69
Esquema incompleto anti-neumocóccica	1.02	0.55, 1.90
Con diabetes	1.31	0.77, 2.23
Con hipertensión arterial	1.27	0.63, 2.56
Con algún tipo de cáncer	No aplica	-
Nivel económico bajo &alto	0.85	0.64, 1.12
Nivel económico bajo & medio	1.29	0.43, 3.89

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Enfermedad diarreica aguda en niños <5 años de edad.

Tabla 17. Riesgo relativo de los factores de riesgo para EDAs en niños <5 años de edad derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS

Factores de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo
Vivienda sin agua entubada	No aplica	
Vivienda sin drenaje	2.75	1.04, 7.31
Vivienda con piso de tierra	5.00	3.01, 2.50
Almacenamiento de basura dentro de la casa	1.01	0.27, 3.82
Basura almacenada dentro de la casa sin tapar	1.08	0.28, 4.14
Sin lactancia materna	1.52	0.38, 6.02
No consumo de agua potable	No aplica	-
Sin desinfección de frutas y verduras	0.95	0.18, 4.98
Lavado de manos del menor	2.80	1.36, 5.78
Nivel económico familiar bajo & alto	1.65	0.50, 5.42
Nivel económico familiar bajo & medio	1.18	0.51, 2.74

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se encontró asociación significativa con el vivir en una vivienda sin drenaje o con piso de tierra para desarrollar enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, así como el hecho de que los responsables del menor no tengan la higiene adecuada con los mismos y no les laven las manos antes de comer y después de ir al baño, el resto de los factores resultaron fueron factores de riesgo sin significancia.

Infección de vías urinarias en mujeres ≥15 años de edad.

Tabla 18. Riesgo relativo para los factores de riesgo de IVUs en mujeres mayores de 15 años de edad derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo
Con diabetes	1.26	0.58, 2.71
Con cáncer	0.40	0.07, 2.23
Con VIH	No aplica	-
Con inmunosupresión	No aplica	-
Uso de baños públicos	1.32	0.69, 2.5
Consumo de menos de 2 litros de agua al día	1.18	0.63, 2.24
Consumo diario de refrescos	1.80	1.04, 3.12
Consumo diario de productos chatarra	1.87	0.83, 4.19
Sin uso de preservativos	2.01	0.65, 6.16
Sin baño diario	2.54	1.29, 4.99
Con técnica inadecuada de limpieza genital	1.07	0.90, 1.28

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cuanto a los factores de riesgo para IVUs se encontró asociación significativa con la presencia de IVUs, no bañarse diariamente, así como el consumo diario de refrescos y productos chatarra. El resto de las variables no mostraron significancia en cuanto a la relación con el desarrollo de IVUs.

Enfermedad por hipertensión arterial sistémica

Tabla 19. Razón de momios para los factores de riesgo asociados con hipertensión arterial sistémica en la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo
Edad≥20 años	2.48	1.35, 4.60
Sexo masculino	2.64	1.65, 4.23
Antecedentes heredofamiliares de HTA	2.90	1.74, 4.83
Obesidad	0.71	0.44, 1.15
Hipercolesterolemia	0.00	0.00
Tabaquismo	1.04	0.19, 5.23
Alcoholismo	1.16	0.34, 3.56
Sin ejercicio físico	0.99	0.58, 1.67

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De los factores de riesgo asociados a hipertensión arterial sistémica, se encontró que tener 20 años o más, así como el poseer antecedentes heredo familiares de hipertensión, y el ser hombre tienen un riesgo significativo mayor para presentar hipertensión arterial sistémica, mientras que la hipercolesterolemia, no se encontró relación significante con hipertensión.

Enfermedad por diabetes mellitus tipo 2

Tabla 20. Razón de momios para los factores de riesgo asociados con la presencia de diabetes mellitus de la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo
Edad ≥ 40 años	50.36	15, 202.68
Sexo masculino	0.92	.54, 1.59
Antecedentes heredofamiliares de DM	2.65	1.51, 4.67
Obeso	1.58	0.89, 2.79
Alcoholismo	0.33	0.02, 2.25
Sin actividad física	0.85	0.46, 1.57

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para diabetes mellitus los factores de riesgo que tuvieron mayor relevancia, en cuanto a asociación significativa, con la presencia de la enfermedad, son la edad mayor de 40 años, el tener antecedentes heredo familiares de diabetes mellitus así como presentar algún grado de obesidad. Mientras que el sexo no se mostró asociación significativa con la presencia de diabetes mellitus como factor de riesgo.

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA MUERTE

Mortalidad por diabetes mellitus.

Tabla 21. Razón de momios para los factores de riesgo asociados a la muerte por diabetes mellitus en la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo
Edad ≥45 años	0.05	0.02, 8.95
Sexo masculino	0.97	0.19, 46.91
Antecedentes heredofamiliares	0.00	0.00, 28.72
Obesidad	1.48	0.30, 7.52
Tabaquismo	1.43	0.66, 3.08
Alcoholismo	No aplica	-
Sin apego al tratamiento	1.42	1.15, 1.75
Con complicaciones	No aplica	-

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cuanto a los factores de riesgo para muerte por diabetes mellitus, se encontró asociación significativa para el factor de sin apego al tratamiento, la obesidad y el tabaquismo mostraron asociación pero sin llegar a ser significante, esto puede ser secundario al tamaño de la muestra del estudio.

Muerte por hipertensión arterial sistémica

Tabla 22. Razón de momios para los factores de riesgo asociados con muerte por hipertensión arterial sistémica en los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS

Factores de riesgo	Razón de momios	Intervalo
Edad ≥55 años	5.05	3.00, 8.47
Sexo masculino	0.00	0.00, 1.89
Obesidad	6.93	0.64, 173.61
Hipercolesterolemia	0.00	0.00, 0.25
Con Diabetes	No aplica	-
Tabaquismo	2.11	0.17, 26.41
Alcoholismo	0.00	0.00, 41.86
Sin ejercicio físico	0.46	0.05, 4.55

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para los factores de riesgo para muerte por hipertensión solo se encontró asociación significativa a la edad mayor de 55 años, y con obesidad, si la muestra hubiera sido mayor, mientras que para los demás factores de riesgo para mortalidad por hipertensión arterial sistémica no mostraron asociación significativa.

7.5.1.5. Recursos, servicios y programas de salud

Tabla 23. Distribución del tipo derechohabiencia por edad de la población derechohabiente y sus familias

Grupo de edad	Tipo de derechohabiencia				
	IMSS	ISSSTE	PEMEX	OTRA	NINGUNA
1 a 4	53	-	-	-	-
10 a 14	49	-	-	-	2
15 a 19	93	1	-	-	8
20 a 24	105	-	-	-	17
25 a 29	60	-	1	1	5
30 a 34	62	-	1	1	3
35 a 39	53	-	-	1	5
40 a 44	58	-	-	-	2
45 a 49	58	-	-	-	3
5 a 9	57	-	-	2	1
50 a 54	59	-	-	-	-
55 a 59	37	-	-	-	-
60 a 64	39	-	-	-	2

65 y más	59	-	-	1	2
Menor de 1 año	21	-	-	-	-
NE	7	-	-	-	-
Total	870	1	2	6	50

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La distribución por grupos de edad y por institución de derechohabiencia, muestra una distribución mayor de derechohabientes al seguro social siendo el grupo de edad de 20

Distribución del tipo derechohabiencia por sexo

Tabla 24. Distribución del tipo de derechohabiencia de los derechohabientes y sus familias

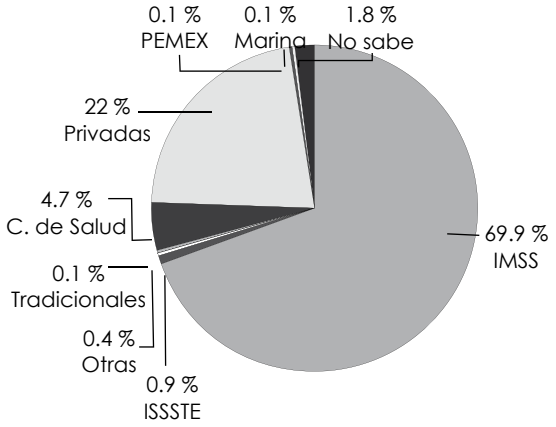
Institución de derechohabiencia	Sexo	
	Hombre	Mujer
IMSS	379	491
ISSSTE	1	0
PEMEX	1	1
OTRA	4	2
NINGUNA	26	24
MARINA	4	0
SEDENA	4	0
SMUV	2	2
No sabe	11	8
No responde	1	1
Total	433	529

Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Distribución por servicios de salud utilizados.

En cuanto a la distribución de los servicios de salud utilizados por la población estudiada, encontramos al IMSS en primer lugar, seguido por las instituciones que brindan servicios de manera privada.

Figura 17.Distribución de los servicios de salud utilizados por la población derechohabiente de la UMF No. 66 del IMSS

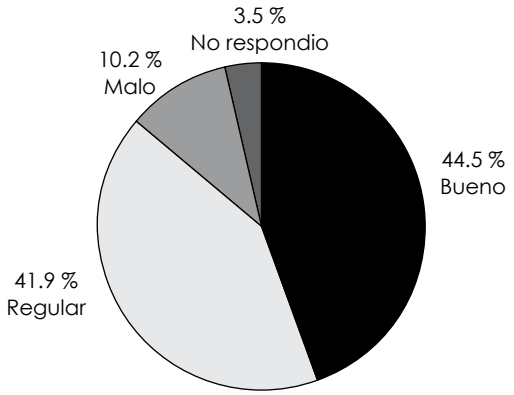


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud

El 44 por ciento de la población considera que la calidad del servicio que brinda la UMF No. 66 es buena, 41.9 por ciento lo considera como regular y 10 por ciento contestó que el servicio que se brinda en dicha unidad de medicina familiar es malo. Se pueden observar los resultados en la siguiente gráfica.

Figura 18. Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud, que tienen los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS

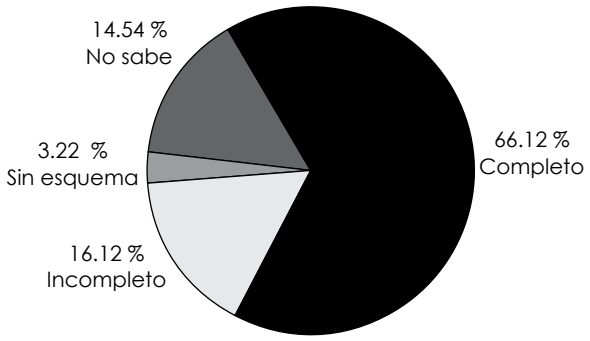


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Distribución de < 5 años según esquemas de vacunación de:Anti-influenza

El 66.12 por ciento de los menores de 5 años tienen completo el esquema de vacunación Anti- influenza y un 16.12 por ciento no lo tiene completo, mientras que el 3.22 por ciento no tiene vacunas Anti-influenza.

Figura 19. Distribución de menores de 5 años con esquema completo Anti-influenza



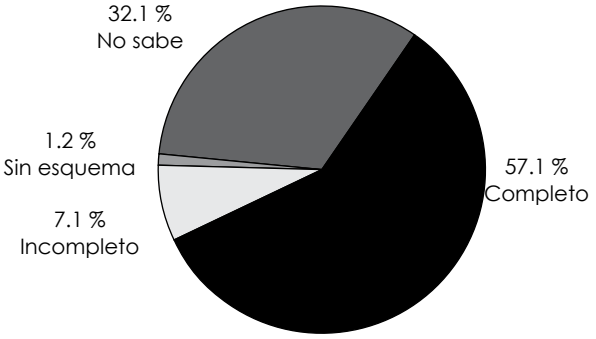
Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Pentavalente

El 57.1 por ciento de los menores de 5 años tienen completo el esquema de vacunación, 7.1 por ciento no

lo tiene completo y 1.2 por ciento no tiene vacunas de la pentavalente.

Figura 20. Distribución de esquema completo pentavalente en menores de 5 años derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS

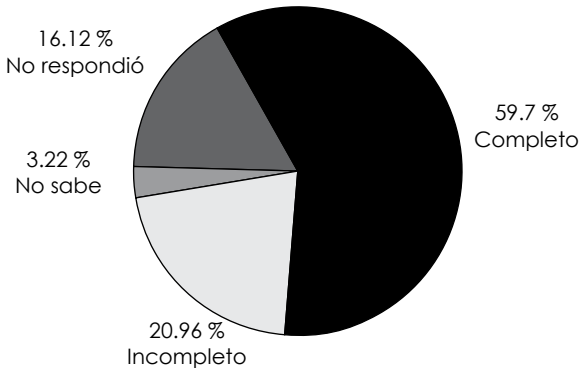


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Anti-neumococo

El 59.7 por ciento de los menores de 5 años tienen completo su esquema de vacunación anti-neumococo, 20.96 por ciento no lo tiene completo y 3.22 por ciento no tiene vacunas anti-neumococo

Figura 21. Distribución de menores de 5 años derechohabientes de la UMF No. 66, según el esquema de vacunación antineumococo



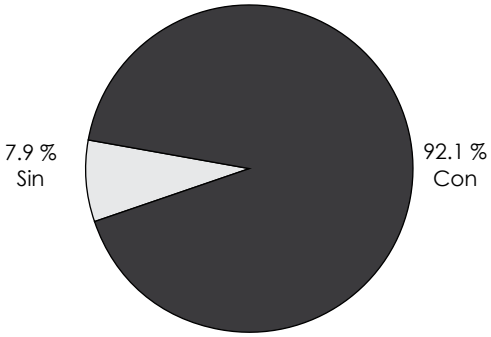
Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diabetes mellitus

Proporción de diabéticos que reciben atención para su enfermedad:

El 92.1 por ciento de los pacientes diabéticos reciben tratamiento medico, para su enfermedad y el 7.9 por ciento no recibe ningún tipo de tratamiento.

Figura 22. Proporción de diabéticos derechohabientes de la UMF No. 66, que reciben atención médica para su enfermedad

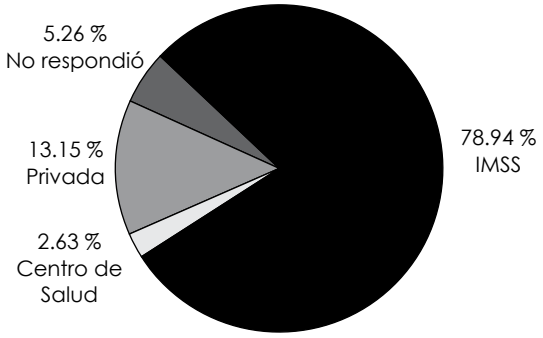


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica.

El 78.94 por ciento de los pacientes acuden a recibir atención médica al seguro social, mientras que 13.15 por ciento se dirige a los servicios privados.

Figura 23. Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos derechohabientes de la UMF No. 66 a recibir atención médica



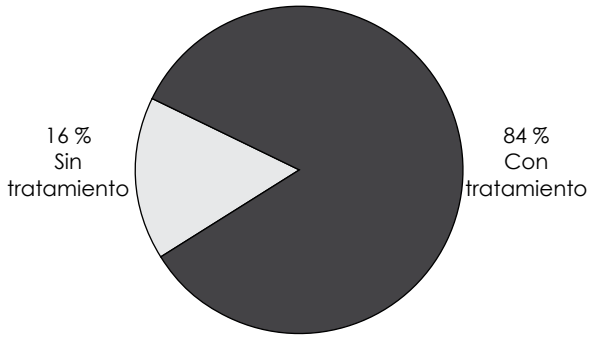
Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Hipertensión arterial

Porcentaje de pacientes hipertensos que reciben atención médica para su enfermedad

El 84 por ciento de los pacientes hipertensos reciben atención médica para el control de su enfermedad, mientras que 13 por ciento no recibe algún tipo de tratamiento para su enfermedad.

Figura 24. Porcentaje de pacientes hipertensos derechohabientes de la UMF No. 66 que reciben atención médica para su enfermedad

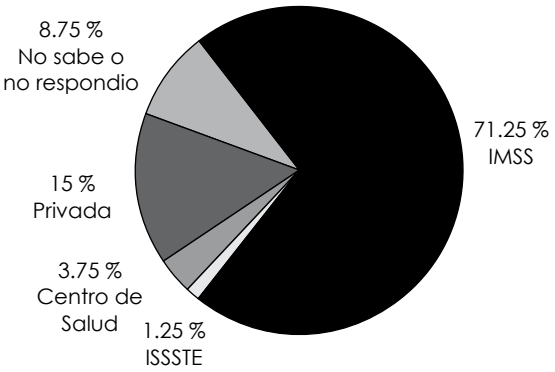


Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos para su atención

El 71.25 de los pacientes hipertensos acude al seguro social a recibir atención médica, y 15 por ciento se dirige a instituciones privadas.

Figura 25. Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS a recibir atención médica



Diagnóstico de salud de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Rendimiento de consulta hora/ médico

El rendimiento de consulta hora / médico es de 4.3 consultas por hora, debido a que en cada turno tienen un promedio de 26 consultas al día.

7.5.2. Derivados del análisis cualitativo

7.5.2.1. Espectro del discurso

Basándose en el mapa de códigos, resultante de la codificación de las entrevistas con los tres tipos sociales: directivos, personal de salud y usuarios de los servicios de consulta de medicina familiar de la UMF No 66 del IMSS, se logró identificar generalidad en su discurso, también se pudo detectar variabilidad al abordar algunos conceptos, al igual se observó que para ciertos conceptos no se presentan consistentemente en el discurso de los agentes. A continuación abordamos los resultados de esta etapa del diagnóstico de salud poyados de con la cita textual del discursos codificado de la trascripción fiel de las entrevistas refiriendo la fuente con característica generales de los actores sociales que permita mantener su identidad en el anonimato. A continuación se presentan los resultados de mayor relevancia que se obtuvieron a partir de las entrevistas realizadas.

Percepción

Al codificar el discurso de los tres tipos sociales encontramos que las *creencias* tienen presencia en el discurso de los diferentes actores con sus particularidades puesto que cada uno, se refiere a ellas de manera diferente. Las personas usuarias mencionan la existencia de éstas relacionándolas con la intervención de "Dios" para la preservación de su estado de salud.
"…ya tengo 49 años y pues sí, ya varios de los síntomas los he pasado ya pero pues gracias a Dios estoy aquí y estoy bien…" (Mujer usuaria)

Para el personal de salud las *creencias* están relacionadas con las acciones que toman los pacientes para el cuidado de su salud, lo cual los lleva a presentar enfermedades. De igual manera, hacen mención de lo que "creen los pacientes" y que de alguna manera contribuye al estado se salud con el que llegan a la consulta, demandando atención centrada en enfermedades.

"…los pacientes creen que la medicina preventiva no es muy importante, bueno, esto también depende de la percepción del paciente." (Prestador de servicios de salud)

"…dicen: "si yo me siento bien para que voy a ir", ya no llevan control de laboratorio ni llevan su control en cuanto medicamentos..." (Prestador de servicios de salud)

Por su parte, los directivos integran en sus *creencias* los aspectos socio-económicos de los pacientes, lo que les lleva a creer que éstos son factores para que las personas no tengan un adecuado cuidado de su estado de salud.

"Si, de hecho el aspecto sociocultural, económico de nuestra población sí influye porque, nosotros como

médicos, como responsables de la salud, somos directamente los encargados de ayudar a nuestra población, con nuestro equipo multidisciplinario, desde el médico familiar, nutriólogo, trabajadora social, el psicólogo, etc. Este equipo multidisciplinario aborda al derechohabiente, son los principales educadores en salud, pero quién es el responsable del control adecuado estos padecimientos, es el mismo paciente que debe responsabilizarse de su control…." (Directivo)

En cuanto a las *experiencias* que los actores sociales reportaron en las entrevistas, éstas son de diversa índole, dado que cada uno de ellos tiene un acercamiento diferenciado a la salud. Lo que se refleja en lo comentado por cada uno de los actores, mientras las *experiencias* de los directivos hacen referencia a los recursos con los que cuenta la UMF y que son necesarios para contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población que se atiende.

"De hecho, dentro del unidad médica contamos con varios departamentos, para apoyar a la atención médica tenemos que ver el médico familiar sigue siendo el eje del atención médica es el detonante para que todos los servicios que apoyan medicina familiar estén presentes, el médico familiar atienden la demanda de necesidades sentidas de nuestra población tiene que detectar factores de riesgo." (Directivo)

Sobre *experiencias* que contribuyen a la *percepción* del estado de salud de los usuarios de la UMF No. 66, que menciona el personal de salud, se relacionan con sus actividades cotidianas dentro del servicio de medicina familiar que en ocasiones se enfrentan a situaciones de crisis en la salud de los usuarios.

"… dejan perder sus citas, y recuperar una cita perdida es que tengan estar aquí, sí son del turno matutino desde la cinco de la mañana para que puedan tener acceso con el médico…"

"…lo que se ve reflejado en la atención médica continua, que nos llegan pacientes descompensados…" (prestador de servicios de salud)

Por otra parte, *experiencias* que reportan los usuarios al igual que las mencionadas por el personal de salud se refieren a la presencia de padecimientos o enfermedades.
"pues yo hace algún tiempo, hace algunos años más bien, tuve la infección bastante fuerte de riñones". (mujer usuaria)

Para finalizar lo referente a *percepción*, se observa variabilidad en el discurso de los diferentes actores sociales al hablar de *aprendizajes* ya que los directivos centran sus comentarios en la oferta de servicios con los que cuenta la UMF y los aprendizajes que pueden obtener a futuro los usuarios en estos para mejorar o preservar su salud.

"concientizar a nuestra población bajo este esquema van a estar mejor controlados, van ser mejor manejados y les vamos a poder ofrecer una mejor calidad de vida…" (directivo)

Mientras que el personal de salud centra su discurso en su práctica profesional relacionado con los usuarios y como van aprendiendo a conocerles, lo que va contribuyendo a formar sus percepciones.

"…poco a poco va uno conociendo la estructura de su familia, la dinámica que lleva, las relaciones de esta dinámica que pudieran tener, entonces es poco a poco y a lo mejor podría comentarle de algunos que llevó dos años en ese consultorio y estoy apenas aprendiendo a conocer" (Prestador de servicios de salud)

Por su parte los usuarios se refieren a *aprendizajes* que han obtenido a través de la vivencia de padecer las enfermedades que afectan su estado de salud.

"…me ha ayudado, hacer más precavida, a tener más cuidado he tratado yo, de ser bastante precavida en muchas cosas pero ahora que esto me ayudado a que si siento cualquier síntoma por mínimo que sea yo ya no espero a sentirme peor, cualquier cosa por mínima que sea ya…" (Mujer usuaria)

En cuanto a *percepciones* los conceptos emergentes que surgen en el discurso de los actores sociales, cuentan con poca presencia lo que da como resultado que no sean considerados en el análisis de contenido del discurso de los agentes sociales participantes en la recolección de datos.

Salud

Al abordar la salud con los diferentes actores sociales se encuentra generalidad discursiva en dos de los subconceptos definidos de manera anticipada (*enfermedad* y *estado de salud*), mientras que el tercer subconcepto (*padecimientos*) tiene variabilidad en el discurso, los conceptos emergentes que se integraron a partir de la codificación de las entrevistas (*apoyo familiar* y *derechohabiencia*), pueden considerarse extremos por su escasa presencia en el discurso de los agentes sociales.

El subconcepto de *enfermedad* tiene generalidad en el discurso de los diferentes agentes sociales dado que se presenta en la totalidad de las entrevistas.

Es importante hacer mención de las diversas formas en las que se aborda este por las diferentes personas que participaron en las entrevistas, los directivos al hablar de *enfermedad* principalmente hacen mención a las enfermedades crónico-degenerativas, siendo estas la principal causa de atención médica en la UMF.

"tenemos ya una gran presencia de padecimientos crónicos degenerativos que actualmente nuestra principal demanda ya es por diabetes e hipertensión". (Directivo)

"…tenemos algunas otras patologías dominantes, verdad, de hecho dentro de los programas de atención a los niños y a las mujeres embarazadas, programas prioritarios dentro del instituto, afortunadamente pues ya las enfermedades infecto contagiosas con la atención y la intervención epidemiológica, llegan ocupar según y terceras causas de demanda de atención médica". (directivo)

Por su parte el personal de salud al hablar de *enfermedad*, se refieren principalmente a las que presentan mayor demanda en la consulta de medicina familiar, siendo las crónico-degenerativos, seguido por las enfermedades estacionales, en invierno las infecciones respiratorias y en primavera-verano las enfermedades diarreicas.

"bueno en general, las enfermedades crónico degenerativas son las están abarcando la mayor parte de la consulta, junto con todas sus complicaciones como son la insuficiencia renal crónica, de algún tipo, principal son los diabéticos, con sus complicaciones, retinopatía, neuropatías, nefropatías, son las principales causas de tengo como motivo de consulta en mi consultorio hay enfermedades pues enfermedades de vías respiratorias se dan por la estación, o las gastroenteritis que realmente es ya lo que más abarca son las crónico degenerativas". (prestador de servicios de salud)

En cuanto a los usuarios, al hablar de *enfermedad* hacen referencia a aquellos padecimientos que les afectan o afectaron en algún momento de sus vidas.

"porque mi hija la mayor cuando nació me faltaba una semana para cumplir ocho meses de embarazo y nació con un tipo de sangre diferente mío…" (mujer usuaria)

Al hablar de *estado de salud*, se observa generalidad en el discurso de los tres tipos sociales, con menor presencia que *enfermedad* lo que nos lleva a analizar las diferencias en el discurso de los participantes, entre los directivos se encuentra que al hablar del *estado de salud* hacen mención especialmente a la situación de la población de la UMF.

"esta unidad es el ejemplo claro del estado de salud que guarda los derechohabientes del instituto, por ser la unidad más grande en el estado, es un buen termómetro para medir las consultas en salud, es una unidad pues, como es nuestro comportamiento dentro del instituto estamos dentro del típica transición epidemiológica tenemos padecimientos aún padecimientos infecciosos y tenemos ya una gran presencia de padecimientos crónicos degenerativos que actualmente nuestra principal demanda". (directivo)

Por su parte el personal de salud, hace principalmente mención de que la población que acude a consulta llega con problemas de salud.

"…mayor parte de la consulta viene esta enfermó de algo toda la gente que viene, poca viene a hacer medicina preventiva o a los programas preventivos que tenemos generalmente, generalmente cuando alguien acude es porque ya viene enfermo…". (prestador de servicios de salud)

En cuanto al discurso de los usuarios, se observa que al hablar de su *estado de salud* se refieren a aquellas enfermedades que les aquejan.

"…yo me siento mal, pero pues ya estoy acostumbrada ¿no?, y pues lo siento, pero pues ya. Pero también otro malestar es que me duele mucho la rodilla, más cuando hace frío". (mujer usuaria)

Al hablar de *padecimientos*, se muestra variabilidad en el discurso dado que solo algunos de los actores hacen mención de ellos, es importante mencionar la ausencia de estos en el discurso de los directivos y solo uno de los prestadores hace mención, mientras que en la entrevista a usuarios tiene mayor presencia.

"me empezó un escalofrío hagan de cuenta que en el transcurso de la noche para mí fue una convulsión del alta y la baja de temperatura porque fue un bochorno y luego un escalofrío que yo no toleraba" (mujer usuaria)

Prácticas

Para conocer las diversas acciones que se realizan para el cuidado de la salud por parte de los actores sociales

se definieron de manera anticipada cinco subconceptos (*Normativas, profesionales, alternativas, recursos y relación médico-paciente*), los cuales se emplearon para codificar su discurso Al realizar la codificación de prácticas se encuentra la presencia de un subconcepto (*autocuidado*) que al ser emergente se integra al análisis, una vez cualificado se puede ver que este no tiene presencia relevante por lo cual se considera caso extremo.

El que presenta mayor generalidad discursiva es el de *recursos* que tiene una presencia en el discurso de todos los actores sociales, mientras que *normativas* es mencionado más por el personal de salud, y en menor medida es referido por los usuarios.

"se supone que debemos ver 26 pacientes a veces tenemos uno o dos más, a veces tenemos menos, a veces hay citados, hay espontáneos, pero sí en promedio ayer tenía 27 anotados, me faltaron cuatro, antier tenía 25, va variando un poquito entre 27 y 25". (prestador de servicios de salud)

En cuánto a, prácticas *profesionales*, prácticas *alternativas* y la *relación médico* paciente, cuentan con variabilidad discursiva, por su baja presencia en el mapa discursivo de los actores sociales, llama la atención que estos conceptos están ausentes en el discurso de los directivos.

"que tener un registro total actual y una capacitación permanente del personal operativo médico para tratar éstos padecimientos la cual tiene una capacitación para poder atender éste tipo de morbilidad que se presentan en nuestra". (Prestador de servicios de salud)

"le valoramos su desarrollo psicomotor y la importancia que quienes esquema de vacunación, invitamos a que acuda trabajo social para que acudan mes a mes a la citas que tendrá con nosotros a los niños menores de un año, ya revisamos pies medimos si tienen algún defecto muscular, le hacemos examen de agudeza visual, en el servicio de medicina preventiva". (prestador de servicios)

"*…mi participación no va más allá de la consulta que donde esté tratando de orientar". (prestador de servicios)*

Retos

Para abordar retos de la institución, se integró este concepto en las entrevistas de los directivos y en las del personal de salud, analizando los elementos del discurso de estos actores sociales, se definieron previamente seis subconceptos (*recursos materiales, calidad en el servicio, capacitación, relación médico-paciente, procesos administrativos y presupuestales*), y uno más que se integró durante la codificación de las entrevistas (*vinculación interinstitucional*).

La generalidad discursiva se centra en los *retos materiales*, así como los *retos en la calidad del servicio*, teniendo mayor presencia en el discurso de los directivos.

"tendríamos no se tal vez 3000, 3500 trabajadores que van a ingresar cuando menos temporalmente por unos años mientras se construye ese libramiento más sus familiares, entonces necesitamos estar preparados para que esa población tenga dónde atenderse independientemente de que tenemos que tramitar las plazas necesarias, más médicos más enfermeras, etc. todo lo impliquen creciendo". (directivo).

Los subconceptos restantes, *capacitación*, *relación médico-paciente*, *procesos administrativos*, *presupuestales* y *vinculación interinstitucional* a pesar de la poca presencia que tienen en el discurso de los actores sociales, tanto los directivos como el personal de salud, existen hacen referencia a ellos como elementos de importancia para el mejoramiento de la atención de los usuarios, lo que se espera que derive en el mejoramiento de la calidad de vida de estos. De estos subconceptos, es de importancia destacar la relación médico-paciente que según las personas participantes en las entrevista representa un reto ya que a partir de la inclusión del expediente electrónico, la relación médico-paciente se ha visto afectada por el uso de la computadora.

"Yo creo que aquí es importante, conservar la relación médico paciente, yo creo es lo principal, actualmente se está perdiendo por el tiempo, por la tecnología estamos utilizando y éstos está perdiendo, bueno yo creo que éstos lo que no hay que dejar y para mí sería lo más importante porque se ganó la confianza del paciente porque entonces uno se compromete a atenderlos adecuadamente en esa situación para poder ayudarlo y yo creo que eso sería lo ideal conservar eso". (prestador de servicios)

En el mismo sentido del mejoramiento de la atención, se mencionan los retos en cuanto a *recursos materiales*, en especial de los ajustes de que se pretenden implementar en infraestructura para la atención de los usuarios, considerando en un futuro contar con instalaciones que permitan la inclusión de más usuarios.

De igual manera, se menciona en el discurso de los directivos la necesidad de la cobertura de medicamentos.

"…estamos en un proyecto para descentralizar la población de cuatro consultorios a Banderilla ya se construyó allá una ampliación de dos consultorios en dos turnos, dos preventivos y vamos a mandar para ya la población equivalente a cuatro consultorios, pues alrededor de 10.000 a 11.000 gentes por cada consultorio, y son gente que viven cerca de la zona". (directivo)

"…los medicamentos de alto costo y que esos también nos implican una problemática porque tenemos cerca de 2000 pacientes que requieren esos medicamentos es son prescritos en un segundo o un tercer nivel y que aquí se los tenemos que surtir cuando son dados de alta en las unidades, son medicamentos que no forman parte de nuestra dotación de primer nivel sin embargo los tenemos que tramitar de manera extraordinario para surtirle a éstos pacientes…" (directivo)

De igual forma, los directivos mencionan que los retos *presupuestales* representan una importancia menor a los *materiales* ya que ubicándolos en el contexto nacional, estos serán insuficientes para resolver las problemáticas de cada institución que forme parte del sector salud.

"…debemos primero tener un presupuesto para manejar todo los problemas relacionados, si hablamos de recursos como todas las unidades médicas todo el sector salud, a veces los recursos económicos son insuficientes para poder dar un atención integral, por falta de infraestructura, que no depende de niveles delegacionales y entendemos la problemática nacional sin embargo a nivel de unidad médica nuestro principal reto es la desconcentración de la población, tenemos una sobrepoblación en esta unidad…" (directivo)

Para finalizar, los retos de *capacitación* que figuran en el discurso de los directivos de la UMF, radican en la actualización del personal de salud con la intensión de mejorar la atención a los usuarios.

"…dentro de la unidad médica tenemos programas perfectamente bien consignados de capacitación, los planes de trabajo, capacitación para nuestro personal operativo desde el médico familiar, actualizando las 16 guías de manejo de todo los padecimientos hoy tenemos 16 padecimientos que cuentan los médicos con sus guías de manejo". (directivo)

Con estos resultados, se pretende apoyar de manera complementaria a aquellos resultados obtenidos con la encuesta aplicada a la población derechohabiente en la que se abordan de manera puntual aspectos sociodemográficos y epidemiológicos de la población usuaria de la UMF No. 66.

8. DISCUSIÓN

Características sociodemográficas

Los cambios en el volumen y la estructura demográfica de nuestro país, la velocidad con que ha crecido el número de habitantes y la redistribución de la población en el territorio son resultado, entre otros factores, del paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles cada vez más bajos en ambas variables. Este proceso conocido como transición demográfica tuvo su origen desde la primera mitad del siglo XX y se asocia de manera importante con los enormes cambios culturales, sociales, económicos y políticos que ha experimentado la sociedad mexicana. La transición demográfica ha influido de manera determinante en la transformación de la estructura y organización de las familias del país, cambiando los modos de organización y convivencia social.

El censo del 2000 registró 32.6 millones de menores de 15 años en el país, que equivalen a 34.1 por ciento de la población total. De esta población de menores, 50.7 por ciento son hombres y 49.3 por ciento mujeres. Otro efecto del cambio demográfico es el incremento de la proporción de personas en edades adultas (29 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más). Estos dos grupos tienen un aumento tal que alcanzan en el último año volúmenes de 30.2 y 6.9 millones de personas, respectivamente.

En el año 2000 la forma de la pirámide poblacional mostró la continuidad en la tendencia de ambos componentes, notándose una pequeña disminución para los grupos de edad de 0 a 4 años. Para el año 2003 la población total fue de 104,213,503 habitantes de los cuales 51,844,576 eran hombres y 52,368,927 mujeres.[39] Según estimaciones realizadas por CONAPO[40], se esperaba que para el 2005 la reducción en la base de la pirámide fuera más evidente y, en contraste, los grupos centrales de edad fueran relativamente más anchos[41].

La población del Estado de Veracruz en el año 2004 fue de 7,274,772 que se encontraban distribuidos en 3,602,955 hombres y 36,71,817 mujeres (1). En la actualidad, si observamos la pirámide poblacional del estado, con el marco referencial de la década de los años 70s (máxima explosión demográfica), es evidente un angostamiento

en la base, representado por la población infantil menor de diez años, pero que representa un volumen superior al millón y medio de niños, con un promedio de 130,000 nacimientos registrados anualmente. La población adolescente representa el mayor volumen poblacional si consideramos el rango reducido de edad que lo conforma (10 a 19 años)[42].

En el año 2006, la población derechohabiente adscrita a la Delegación Norte del Estado de Veracruz fue de 1, 005,621 que se encontraba distribuida en 542,476 mujeres y 463,145 hombres, de los cuales 17.49 por ciento lo conformaban los adultos mayores de 60 años, 54.32 por ciento los adultos de 20 a 59 años y el grupo de 10 a 19 años aportaba 17.49 por ciento[43]. Por otro lado en el diagnóstico de salud 2006, elaborado por el departamento de epidemiología de la UMF No. 66 del IMSS, la población de adultos mayores representa 12.8 por ciento de la población, mientras que la población de 20 a 59 años representa 32.95 por ciento del total de la población y el grupo de 10 a 19 12.84 por ciento[44].
En este estudio, en cuanto a las características sociodemográficas, se encontró que en la UMF No. 66 del IMSS la población participante en el estudio está conformada por 57.2 por ciento del grupo de 20 a 59 años de edad, mientras que la población adolescente de 10 a 19 años representa 16.71 por ciento, por otra parte los adultos mayores de 60 años y más conforman 10.18 por ciento de la población, presentándose una distribución de los derechohabientes por grupo de edad muy similar a la encontrada en el diagnóstico anterior así como a la población delegacional, estos datos también son referidos por el personal de salud de los consultorios de medicina familiar y directivos de dicha unidad médica.

La razón hombre mujer nacional de acuerdo con el último censo del año 2000 es de 95 hombres por cada 100 mujeres[45], mientras que en el diagnóstico de salud realizado por el departamento de epidemiología de la UMF No. 66 es de 82 hombres por cada 100 mujeres[43], así mismo en este estudio la relación hombre mujer encontrada fue de 80 hombres por cada 100 mujeres, presentando similitud con los resultados arrojados por el anterior diagnóstico, además de presentar una mayor proporción de mujeres en la población.

La tasa bruta de mortalidad del país para el año 2004 fue de 4.5, por mil habitantes en el estado de Veracruz se tuvo una tasa de mortalidad de 5[39], en cuanto la tasa de mortalidad de la Delegación Veracruz Norte fue de 20.3 por cada 1,0000 derechohabientes para el año 2006, en el presente estudio fue de 3.8 por cada 1000 derechohabientes, lo cual representa una tasa de mortalidad baja para la UMF No.66 en comparación con la tasa de mortalidad nacional o estatal, esto se puede deber al tamaño de la muestra.

En relación con la tasa de natalidad nacional para el 2004 fue de 18.8, por otro lado la tasa estatal era de 17.8, por cada nacidos vivos registrados, la tasa de natalidad de la delegación Veracruz norte para el año 2006 fue de 9.05 por cada 10000, mientras que la tasa que se encontró en la UMF No. 66 como resultado del estudio fue de 26.74, más alta en comparación a la tasa nacional, estatal y de la delegación, es importante mencionar que en el diagnóstico realizado dentro de la UMF No. 66 por el departamento de epidemiología no se realiza el cálculo de ninguna tasa ya sea de mortalidad o natalidad debido a que es una unidad de 1er nivel en la que no se presentan ni defunciones ni nacimientos de manera directa.

En cuanto a la distribución por el lugar de residencia, el 90 por ciento de la población derechohabiente que participó en el estudio, radica en la ciudad de Xalapa y sólo el 10 por ciento restante habita en localidades circunvecinas, por lo que la población que acude a recibir algún tipo de atención médica a la UMF No. 66 es en su mayoría de zona urbana.

El 3.2 por ciento de la población participante en el estudio es analfabeta, mientras que en el diagnóstico realizado por el departamento de epidemiología de la institución se reportó una proporción de analfabetismo del 5.3 por ciento para el año 2006[43], por lo que en el presente estudio hubo una disminución de analfabetismo en la población derechohabiente de la UMF No. 66. De acuerdo al censo del 2000 la entidad cuenta con 85.1 por ciento de población alfabeta, analfabeta 14.9 por ciento y 0.1 por ciento no especificado.

Por lo que podemos concluir que la proporción de analfabetas en la UMF No. 66 es baja en comparación con la media nacional. En este mismo rubro, la distribución por nivel de escolaridad, de acuerdo a los resultados obtenidos, fue de 24 por ciento para la educación secundaria terminada mostrando una mayor frecuencia entre los derechohabientes participantes en el estudio, seguido por la educación primaria (21.3 por ciento) y un mínimo de derechohabientes no cuentan con ningún tipo de estudios (6.8 por ciento), mientras que en el diagnóstico realizado en la UMF No. 66 por el departamento de epidemiología para el año 2006 se encontró que el 6.3 por ciento de la población derechohabiente no tenía ningún tipo de estudios, 13.6 por ciento contaba con la primaria terminada y 51.1 por

ciento con instrucción posprimaria[43], mientras que a nivel nacional 20 por ciento de la población tiene la primaria completa, 22 por ciento la educación secundaria y 15 por ciento educación media superior y superior, en cuanto el nivel estatal 60.8 por ciento tiene la primaria completa,17 por ciento secundaria y sólo 12.5 por ciento educación media superior y superior[46], estas distribuciones en cuanto el nivel de escolaridad no difieren de los encontrados entre los derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS.

En cuanto a la distribución por condición de actividad económica de la población derechohabiente participante en el estudio, 51.4 por ciento se encontraba trabajando la semana anterior a la realización del estudio, 19.4 por ciento es estudiante y 15.9 por ciento se dedica a las labores del hogar.

Otra de las variables que se midió fue la distribución del nivel económico familiar de la población derechohabiente participante en el estudio, en la cual 45.6 por ciento de la población tiene un nivel económico familiar alto, 40.8 por ciento de nivel medio, y 13.6 por ciento en nivel bajo, estos datos son mencionados por las personas entrevistadas para el presente estudio al mencionar que el nivel económico de los derechohabientes adscritos es de mayor nivel, estos resultados difieren de las medias nacionales de acuerdo con la ENOE que reporta a nivel nacional un 22 por ciento de la población total con nivel bajo, 50 por ciento medio bajo,19.8 por ciento con nivel medio alto y 7.4 por ciento con nivel alto, mientras que para el estado se presenta un distribución del 41.9 por ciento con nivel bajo, nivel medio bajo con 41.1 por ciento, 14.1 por ciento con nivel medio bajo, y con nivel alto sólo 2.9 por ciento de la población[46], de acuerdo con estos resultados se puede observar la disparidad de la distribución de los ingresos en la población de nuestro país.

Es importante mencionar que el indicador utilizado para obtener el nivel económico familiar en este estudio, se encuentra basado en la existencia dentro de la vivienda de ciertos satisfactores materiales que brindan a los habitantes de la misma diversos grados de confort. Por lo cual, el *nivel económico bajo*, es referido como las viviendas en donde existe algún déficit de satisfactores básicos, el *nivel económico alto* como aquel en el que se encuentran cubiertos todos los satisfactores básicos y no básicos.

Por otro lado *el estrato medio* presupone la presencia de todos los satisfactores básicos. Esto puede explicar el que los resultados obtenidos por este estudio muestren una gran diferencia con la distribución del nivel económico familiar tanto a nivel nacional como estatal, ya que aquí se encontró una gran proporción de la población con nivel económico familiar alto.

La frecuencia de hacinamiento encontrada dentro de la UMF No. 66 fue 25 por ciento, mientras que la proporción de viviendas en condiciones desfavorables fue 25.4 por ciento para la población participante en el estudio.

Identificación de los daños

En cuanto a IRAs, las infecciones respiratorias agudas (IRA), son en nuestro país una de las principales causas de demanda de atención médica en los menores de cinco años. En la ENSANUT 2006 se encontró que la prevalencia general de IRA en los niños con menos de 10 años fue de 42.7 por ciento[47].

Aproximadamente uno de cada dos niños de un año o menos las presenta, y su frecuencia desciende conforme aumenta la edad. La tasa de IRAS para el año 2006 reportada en el diagnóstico de la unidad fue de 58.92[44] por cada mil derechohabientes menores de 5 años, en este estudio la incidencia acumulada para los 30 días anteriores a la realización del mismo fue de 50 por cada 100 menores, siendo los menores de 3 y 4 años los más afectados por esta patología, seguidos por los menores de un año, estos resultados son muy similares a los presentados en los estudios mencionados, cabe mencionar que, el momento de la realización del estudio fue en temporada invernal, motivo por el cual la incidencia debió verse aumentada.

En la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) la prevalencia de diarrea (eventos en las dos semanas previas) en niños menores de cinco años fue de 11.5 por ciento y en la ENSANUT 2006 es de 12.9 por ciento. La prevalencia de diarrea según edad y sexo señala que a mayor edad menor frecuencia de diarrea. En la población de un año o menos se presentaron las proporciones más altas de este síntoma. En la misma población, las diferencias por sexo son mínimas (17.5 por ciento de prevalencia en niños, 15.9 por ciento en niñas). Cerca de una cuarta parte de la población de un año –independientemente del sexo- estuvo enferma.

A partir de los dos años, la prevalencia de diarrea disminuye consistentemente en ambos sexos, pasando de 14.4 a 6.3 por ciento en niños de 2 y 4 años, respectivamente. En las niñas, los porcentajes se reducen de 10.9 a 6.2 por ciento[49] en las mismas edades. Mientras que en el diagnóstico de

esta unidad, la tasa de EDAs para el año 2006 fue de 14.23[44] por cada mil menores de 5 años, en este estudio la incidencia acumulada de acuerdo a la presencia de EDAs, en los 30 días previos a la realización del estudio, fue de 21.43 por cada 100 menores, lo que nos presenta una mayor presencia de EDAs en la población menor de 5 años durante este periodo, en comparación con los resultados obtenidos en la ENSANUT 2006 y al diagnóstico realizado en el año 2006 dentro de la institución.

En cuanto a la incidencia general de IRAs en adulto mayor durante el mes previo a la entrevista fue de 35 por cada 100 adultos mayores presentando las mujeres mayor riesgo de presencia de IRAs con una incidencia de 39.3 por cada 100. Es importante mencionar que en las entrevistas realizadas al personal de salud (medicina familiar y directivos) hacen mención que estos padecimientos se consideran estacionales teniendo mayor presencia las IRAs en invierno y las EDAs en verano, siendo éstas reportadas como secundarias en los motivos de consulta de esta UMF, después de las enfermedades crónico-degenerativas.

La tasa reportada para IVUs en la UMF No 66 en el año 2006 fue de 14.23 por cada 1000 mujeres[44] mayores de 15 años, mientras que la encontrada en este estudio fue mayor, siendo de 9.8 por cada 100 derechohabientes, presentando el grupo de 25 a 44 años la mayor frecuencia (5 por cada 100) de este padecimiento, en contraste con el grupo de 20 a 24 años el cual presento la menor incidencia, esto puede ser debido al tamaño de la muestra del estudio.

En cuanto a accidentes de vehículo de motor que son considerados como una patología de países desarrollados que ocupa a nivel nacional la sexta causa de muerte con 1,821 fallecimientos y una tasa de 25.1 por 100,000 habitantes[42], por otra parte los resultados de la encuesta nacional de nutrición 2006 refiere que los daños a la salud debidos a un accidente ocurrido en el año previo a la encuesta fueron más frecuentes en la población masculina de los grupos de edad de los extremos, es decir, los hombres entre 20 y 29 años y los de más de 80.

Mientras que las mujeres presentaron una prevalencia de daños a la salud por accidente marcadamente mayor en el grupo de 80 o más años[47]. En este estudio la frecuencia de accidentes entre la población participante en el estudio, durante el periodo comprendido del año 2000 a 2007 fue de 36 accidentes por cada 100 derechohabientes mayores de 16 años, presentándose una mayor frecuencia en los grupos de edad de 25 a 34 años, siendo el grupo de 60 a 64 años los que presentaron menor número de accidentes, además que al igual que los resultados de la ENSANUT, los hombres son la población que presentó mayor frecuencia de accidentes.

La frecuencia de IAM que se encontró en este estudio para los últimos 8 años, fue de 10 infartos, siendo la edad de 65 años y más la que presentó una mayor frecuencia y no habiendo diferencia por sexo en la presencia del daño.

Alrededor de 1,500 millones de personas en el mundo padecen de HTA, la prevalencia en América Latina y el Caribe en el año 2000, según la OPS, oscilaba entre 8 por ciento y 30 por ciento de la población adulta. Los adultos de Perú tenían una prevalencia 22 por ciento; en Chile del 22.8 por ciento; 26.1 por ciento en Argentina; 26.8 por ciento en Brasil; 32.4 por ciento en Venezuela, y 33 por ciento en Uruguay[45].

En la ENSA 2000 un 30.7 por ciento, y para el año 2006 la ENSANUT reportó 29.2 por ciento de prevalencia, La prevalencia de este padecimiento, tanto en hombres como en mujeres, es mayor conforme aumenta la edad. Entre los hombres de 65 años de edad la hipertensión arterial afecta a más del 50 por ciento y entre las mujeres de ese grupo a más del 60 por ciento.

A nivel Delegación Norte Veracruz la proporción de población hipertensa para el año 2006 fue de 38 por ciento[43], mientras que el diagnóstico realizado el mismo año se encontró un 15.26 por ciento[44] de población hipertensa, el presente estudio arrojo una prevalencia de 9.7 por ciento, siendo el grupo de edad de 65 años y más, el que presentó una prevalencia de 26 por cada 100, seguido del grupo de 50 a 59 años con 19.54 por cada 100, la prevalencia general encontrada por este estudio fue ligeramente menor a la prevalencia delegacional, esto puede deberse al tamaño de la muestra, pero en cuanto a la presencia del daño por grupo de edad su comportamiento es muy parecido a la prevalencia nacional.

La DM al igual que la hipertensión arterial, es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país, entre 2001 y 2005, el número de casos nuevos detectados de este padecimiento se incrementó 35 por ciento, pasando de 294,198 casos en 2001 a 397 387 en 2005. En 2006, se registró una leve disminución de 0.8 por ciento respecto del año previo. Respecto de la distribución por sexo, la población de mujeres es la más afectada ya que contribuyen con el 61.2 por ciento del total de casos[41].

En el Estado de Veracruz 16.1 por ciento de la población de 20 años y más padece diabetes[4], en ese mismo año el porcentaje de población diabética nivel Delegación Veracruz Norte fue 29 por ciento[43], mientras que la UMF No. 66 13.9 por ciento de la población para el 2006 era diabética[44], en este estudio la prevalencia de diabetes en la población derechohabiente participante en el estudio fue de 12 por cada 100, siendo las mujeres de 50 a 59 años el grupo que presento mayor frecuencia en la presencia del daño, por otro lado la prevalencia más alta en los hombres se presento en el grupo de 65 y más. La prevalencia de diabetes encontrada en este estudio presento una ligera disminución con respecto a la reportada por el diagnóstico de salud de la institución para el año 2006. Los datos encontrados en el presente estudio permiten reforzar lo reportado por el personal de salud ya que refieren que los padecimientos crónico-degenerativos son la causa principal de consulta, siendo estos en los que se invierten más recursos humanos, materiales y económicos.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas y la dependencia a éstas, representan un problema importante a nivel mundial. El alcoholismo se encuentra asociado a diversos daños a la salud como cirrosis hepática, pancreatitis, diabetes, alteraciones cardiacas y lesiones por accidentes y violencia, entre otros; además, de los efectos sociales, económicos y psicológicos a los que está asociado.

De acuerdo con la OMS, actualmente en el mundo existen dos mil millones de personas que consumen bebidas alcohólicas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de hombres de 12 a 65 años que algunas vez en su vida ha ingerido bebidas alcohólicas es de 61.6 por ciento y de 27.0 por ciento entre las mujeres. Entre los adolescentes (10 a 19 años de edad) 21.4 por ciento de hombres y 13.9 por ciento de mujeres han tomado alcohol alguna vez en la vida, cifra que se incrementa conforme aumenta la edad[47]. En este sentido la prevalencia de alcoholismo en mayores de 15 años fue de 5.34 por cada 100 derechohabientes, presentándose en mayor proporción en los hombres de 60 y más, mientras que la prevalencia de alcoholismo en mujeres reportada fue muy baja en comparación con los primeros.

Estos resultados muestran algunas diferencias a los presentados por la ENSANUT 2006, puesto que la prevalencia es menor en ambos sexos comparada con la nacional pero si es posible observar que el consumo de alcohol aumenta a la par de la edad en los varones, mientras que en las mujeres este va disminuyendo conforme aumenta la edad.

El tabaquismo es un problema de salud pública que se encuentra estrechamente relacionado con defunciones y discapacidades secundarias a neoplasias malignas (boca, laringe, esófago, hígado, páncreas, cervix, vejiga y pulmón), enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad isquémica y problemas cerebrovasculares), padecimientos respiratorios (enfermedad obstructiva crónica, enfisema, infecciones) y bajo peso al nacer.

De acuerdo a información proporcionada por la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, en México el 26.4 por ciento de la población entre los 12 y 65 años de edad son fumadores, mientras que en la región sur en donde se ubica al Estado de Veracruz la prevalencia es la más baja con el 16.2 por ciento. Un dato alarmante tanto a nivel nacional y como estatal es con respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco, casi la mitad (47.6 por ciento) de los fumadores comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, mostrando mayor porcentaje las mujeres. Conforme a los resultados encontrados en este estudio la prevalencia de tabaquismo en la población de 12 años y más es de 15.8 por cada 100 derechohabientes, cifra un poco menor con la media estatal, siendo el grupo de 65 años y mas el que presento la mayor prevalencia con 21.3 por cada 100, al igual que en el consumo de alcohol la prevalencia de tabaquismo aumenta conforme aumenta la edad.

Dentro de las principales causas de mortalidad para el año 2007, referidas por la población participante en el estudio, se encontró en primer lugar a la hipertensión arterial sistémica, seguida de diabetes y accidentes, mismas que se encuentran reportadas dentro de las primeras causas de muerte a nivel nacional.

Factores de riesgo para los daños

Las enfermedades crónicas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de sus complicaciones, debido a eso, las instituciones de salud con intensión de atender las necesidades de salud de su población usuaria desarrolla una serie de estrategias, en el caso particular del IMSS se han desarrollado una serie de "guías clínicas" en las que se presenta información científica de actualidad que pretenden brindar información al personal de salud de primer nivel que permita tomar decisiones respecto a las acciones que emprender en determinados padecimientos.

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por alteraciones en el manejo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas derivadas de las deficiencias en la secreción o la acción de la insulina.

Es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macrovasculares provocados a diferentes niveles del organismo[4]. Por lo tanto su relevancia directa está definida por la magnitud de las poblaciones afectadas en todo el mundo y el incremento en el riesgo de muerte prematura.

De acuerdo a cifras de la OMS, existía en el año 2000 una prevalencia de 171 millones de personas con diabetes y se calcula que esta cifra aumentará a 366 millones para el año 2030. El más importante cambio demográfico ocurrido mundialmente para el incremento de la diabetes, ha sido el aumento en el número de personas mayores de 65 años de edad[48].

A nivel nacional, de acuerdo a datos arrojados por la ENSANut 2006 la prevalencia de diabetes, por diagnóstico médico previo en adultos a nivel nacional, fue de 7 por ciento[47].
Las anteriores cifras coinciden con la información obtenida del documento existente en la UMF No. 66 del IMSS, elaborado por el departamento de epidemiología, donde se considera a esta patología como el primer lugar en la jerarquización de los problemas de salud[44]. También hay coincidencia con nuestros resultados del diagnóstico de salud, ya que se encontró que 11.6 por ciento de la población derechohabiente participante en el estudio padece de diabetes, lo que equivale a un aproximado de 12 diabéticos por cada 100 derechohabientes mayores de 25 años.

En cuanto a prevalecía por edad y sexo, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000), la prevalencia nacional por sexo, fue en mujeres del 7.8 por ciento, mientras que en los hombres del 7.2 por ciento[49]; de igual forma la ENSANut 2006 habla de porcentajes similares, con predominio también en las mujeres (7.3 por ciento) mientras que en los hombres (6.5 por ciento) [47]. En datos del documento de la UMF No. 66 las mujeres son las que la presentan en mayor número de casos, con 63 por ciento, en tanto que los hombres presentan un 37 por ciento[44].

Coincidiendo nuevamente con los resultados obtenidos mediante esta investigación donde se encontró que aproximadamente el 60 por ciento de los derechohabientes diabéticos eran mujeres y el 40 por ciento hombres.

Por grupos de edad, según la OMS hay una mayor concentración de casos de diabetes en personas mayores a 65 años[1]. En la ENSANut se cuenta con datos de que las mayores proporciones de personas con diabetes se encuentran en los grupos de 50 a 59 años, donde llegó a 13.5 por ciento (14.2 por ciento en mujeres y 12.7 por ciento en hombres) y en el grupo de 60 a 69 años, donde la prevalencia fue de 19.2 por ciento (21.3 por ciento en mujeres y 16.8 por ciento en hombres) [47]. La mayor tasa de morbilidad de este padecimiento se presenta en los adultos mayores de 60 años, de acuerdo al documento de la UMF No. 66[44]. Todo lo anterior coincide con los resultados obtenidos en este diagnóstico de salud, donde se encontró a la edad mayor o igual a 40 años como un factor con significancia en el riesgo de padecer DM. El grupo de edad con mayor prevalencia era el comprendido entre los 50 a 59 años para las mujeres, con 22 casos por cada 1000 mujeres; en cuanto a los hombres el grupo con mayor prevalencia estuvo comprendido entre las edades de 65 años y más, con la presencia de 20 casos por cada 1000; información obtenida a partir de los derechohabientes que participaron en el estudio. Los datos referidos por el personal de salud de la UMF, coinciden con los obtenidos a través de la encuesta aplicada para este estudio, mencionan que la población usuaria de la consulta de medicina familiar presenta mayor edad, incrementando de esta manera el riesgo de padecer diabetes o presentar complicaciones.

En relación a otros factores de riego que se encontraron con alta significancia entre la población estudiada, están los antecedentes heredofamiliares y la obesidad. Según la ENSA 2000 la prevalencia de diabetes es mayor (11.4 por ciento) en grado considerable entre la población con antecedentes familiares (padre o madre o ambos) en comparación con aquéllos sin familiares afectados (5.6 por ciento). Y la población con obesidad, según su índice de masa corporal y circunferencia de la cintura, presentó una prevalencia mucho mayor que aquélla sin obesidad[50], de igual forma, de lo mencionado por el personal de salud entrevistado, resalta la existencia de factores que los pacientes no atienden, como es el control al que deben apegarse para el control de su padecimiento, así como, el poco interés que las personas para su autocuidado.

Por otro lado para mortalidad, de acuerdo a cifras internacionales 2.9 millones, que correspondieron al 5.2 por ciento de las muertes para el año 2000 fueron ocasionadas por diabetes mellitus, siendo entre el 6 y el 27 por ciento de las muertes de personas entre los 35 y 64 años de edad, las ocurridas por la esa causa[49]. En México la diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte entre las mujeres y fue responsable del 20 por ciento de

defunciones en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en el segundo lugar y es responsable del 15 por ciento de las defunciones[51].

A nivel local, según datos del documento del departamento de epidemiología de la UMF No. 66, para el 2006 la tasa de mortalidad por DM fue de 20.9 en mujeres y 23.2 en hombres[44]. En el caso de la muestra estudiada, se encontró únicamente un caso de muerte por DM para el año 2007, entre los derechohabientes a los que se les aplicó el estudio, por lo que debido a la muestra y tipo de población estudiada no fue posible obtener datos significativos, es importante destacar que para este padecimiento, dentro del IMSS existe una guía de atención al igual que para aquellos padecimientos de mayor relevancia, lo cual en la UMF se trata de capacitar a todo el personal de salud en el manejo y tratamiento de estos pacientes.

Hipertensión arterial

La hipertensión es otra de las enfermedades crónicas que representa un creciente problema de salud pública a nivel mundial. Alrededor de 1 500 millones de personas en el mundo padecen de HTA, sin embargo, muchas de éstas ni siquiera lo saben.

La prevalencia en América Latina y el Caribe en el año 2000, según la OPS, oscilaba entre 8 por ciento y 30 por ciento de la población adulta[52].

En México, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 reportó una prevalencia de 30.7 por ciento, que para el 2006 de acuerdo a la ENSANut, en la población de 20 años o más resultó de 30.8 por ciento[47].

Mientras que a nivel local, de acuerdo al documento del departamento de epidemiología de la UMF No. 66 del IMSS, la HTA se presenta como el segundo lugar en la jerarquización de los problemas de salud, con una morbilidad ascendente y un total de 11,885 hipertensos al mes de junio del 2007[47].

De igual manera entre los resultados presentados en este diagnostico de salud, encontramos que la prevalencia general entre los derechohabientes de la unidad es de casi 10 hipertensos por cada 100 derechohabientes, ya que se encontró que 7.8 por ciento de los participantes estudiados son hipertensos.

En cuanto a la prevalencia por grupos de edad y sexo, según la ENSANut 2006 en las mujeres, el porcentaje obtenido por diagnóstico médico previo fue mayor (18.7 por ciento) que el mismo tipo de diagnóstico realizado en los hombres (11.4 por ciento). Y la prevalencia de este padecimiento, tanto en hombres como en mujeres, es mayor conforme aumenta la edad. Entre los hombres de 65 años de edad, la hipertensión arterial afecta a más del 50 por ciento y entre las mujeres de ese grupo de edad a más del 60 por ciento[47].

En el documento de la UMF No. 66 del IMSS, se establece que los grupos de edad más afectados son de 50 a 59 años (26.9 por ciento) y de 60 a 69 años (24.8 por ciento), aunque en este caso también se afecta al grupo entre 40 y 49 años de edad (17.5 por ciento de casos registrados). Así mismo el mayor número de casos se encuentra en el sexo femenino con el 63 por ciento, contra el 37 por ciento de los hombres[44].

En el caso de este diagnóstico, se encontró que tanto los antecedentes heredofamiliares, la edad y el sexo son factores significativos en la presencia de la HTA. El grupo con la prevalencia más elevada para hipertensión fue el de 65 años y mas, con 26 hipertensos por cada 100 derechohabientes, seguido por los grupos de edad de 50 a 59 con casi 20 hipertensos por cada 100, y el de 40 a 49 años con casi 16 hipertensos por cada 100 derechohabientes de ese grupo de edad. Por otro lado el grupo que presenta menor prevalencia es el de 20 a 24 años, con tan solo tres hipertensos por cada 100 derechohabientes en ese grupo de edad.

Como parte de las acciones que emprende el IMSS para la prevención y atención de la hipertensión, así como de la diabetes mellitus, es en primera instancia el trabajo que realiza medicina preventiva, en especial a través del programa PREVENIMSS, este programa a pesar de ser conocido por la publicidad que se hace de el, enfrenta varios retos en especial lograr evitar que la población derechohabiente presente complicaciones de salud, lo cual muchas veces no se logra tener un impacto adecuado por la poca participación de la población usuaria.

Infección respiratoria aguda

Las IRAs, junto con otras enfermedades de la infancia, como las diarreicas y las deficiencias de la nutrición, son en México la principal causa de demanda de atención médica en los menores de cinco años.

En la ENSANUT 2006 se encontró que la prevalencia general de IRA en los niños con menos de 10 años fue de 42.7 por ciento. Aproximadamente uno de cada dos niños de un año o menos las presenta, y su frecuencia desciende conforme aumenta la edad. Sin embargo,

aun a los nueve años, una tercera parte de los niños se ve afectado por estas enfermedades[44].

En el documento de la UMF No. 66, las IRAs se encuentran en el tercer lugar de la jerarquización de los problemas de salud, siendo el grupo más afectado los menores de un año[44]. Esta información es reforzada por el personal de salud que se entrevistó que ponen a las IRAs en un plano secundario en los motivos de consulta, detrás de las enfermedades crónico-degenerativas.

En el caso del presente diagnóstico, se encontró que la incidencia acumulada más elevada por edad es la de los 3 años donde encontramos casi 67 casos de infección respiratoria aguda por cada 100 niños de esta edad, mientras que los menores de 2 años presentan la incidencia menor con respecto a las demás edades, con una incidencia de casi 24 por cada 100 menores de esa edad.

Cabe mencionar que ninguno de los factores de riesgo para este daño, se mostraron con una significancia representativa, entre la población estudiada.

Recursos, servicios y programas de salud

En cuanto a los recursos y servicios de salud, en nuestro Estado la seguridad social cubre a un porcentaje menor al 35 por ciento de la población total y dicha condición se encuentra distribuida entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (76.6 por ciento), el Instituto de Seguridad Social al Servicios de los Trabajadores del Estado (12 por ciento), Petróleos Mexicanos, Marina y la Secretaría de la Defensa Nacional en conjunto (11.2 por ciento) y otras instituciones otorgadoras (0.2 por ciento).

Así mismo la Delegación Veracruz Norte para el año 2006 tenia una población total de 1,005621 de derechohabientes adscritos a medicina familiar de los cuales el 53.94 por ciento eran mujeres y el 46.06 por ciento hombres.

La distribución del tipo de derechohabiencia de las personas participantes en el estudio y su familia dio como resultado que 93 por ciento la población incluida en el estudio tomando en cuenta a los familiares que habitaban en la misma casa, tienen derechohabiencia al IMSS, mientras que 5.3 por ciento no tiene derechohabiencia a alguna institución de salud, el grupo de edad que presentó mayor frecuencia fue de 20 a 24 años, encontrándose una mayor proporción de mujeres con derechohabiencia al IMSS, por otro lado 69.3 por ciento de los participantes en el estudio refirieron que cuando se enferman acuden a la UMF No. 66 a solicitar atención y 22 por ciento refirió acudir a instituciones privadas, estos resultados difieren de los resultados presentados por la ENSANUT 2006.

El 44.3 por ciento de la población participante en el estudio refirió que el servicio prestado por la UMF No. 66, en cuanto a calidad es bueno, 41.9 por ciento considera que la calidad del servicio es regular y 10.2 por ciento afirmo que el servicio brindado por dicha unidad en cuanto a calidad es malo.

El promedio diario de consultas por consultorio permite medir la utilización y productividad de los servicios, y de manera indirecta aproximarse a una idea de la calidad de la tención. Generalmente se considera que un consultorio debe producir entre tres y cuatro consultas por hora, por lo que en ocho horas de labores se pueden otorgar entre 24 y 32 consultas.

En la UMF No. 66 el promedio diario de consultas de medicina por turno es de 27, teniendo un rendimiento hora/ de 4.3 consultas. De acuerdo con estas cifras, la productividad de los consultorios del IMSS rebasan el número de consultas esperadas, por lo que el tiempo de consulta para cada paciente parece ser insuficiente, lo cual podría mermar en la calidad del servicio prestado, además de aumentar los tiempos de espera para recibir atención médica.

En este estudio también se midió la frecuencia de menores de 5 años con esquema completo de vacunación Anti-influenza, para lo cual obtuvimos una frecuencia del 66.12 por ciento de menores con esquema completo y 16.12 por ciento con esquema incompleto; así como de Pentavalente en la que 57.1 por ciento de los menores de 5 años refirió tener el esquema completo y 7.8 por ciento incompleto, y anti-neumococo para la que se presento un 59.7 por ciento con esquema completo, 20.96 por ciento con esquema incompleto, en este sentido es conveniente mencionar que esta información se le pregunto a la persona encuestada, la cual respondió de acuerdo a lo que recordaba y en algunos casos no era la madre del menor además de no llevar consigo la cartilla de vacunación del mismo para poder corroborar la información obtenida. Estos porcentajes referentes a la cobertura de vacunación de los menores son alarmantes debido a que se encuentran muy por debajo de las medias nacionales de cobertura de vacunación en menores de 5 años.

Por último los servicios de salud a los que los pacientes diabéticos, refieren acudir para recibir atención médica se encuentran distribuidos de la siguiente manera, el 78.94

por ciento de la población acude a la UMF No. 66, 13.15 por ciento utiliza servicios privados, de estos pacientes diabéticos 92.1 por ciento recibe tratamiento médico para el control de la enfermedad y 7.9 por ciento no recibe ningún tipo de tratamiento, en este sentido 71.25 por ciento de los pacientes hipertensos acude a la UMF No. 66 y 3.75 por ciento en la SSA.

Así mismo el 84 por ciento de los pacientes hipertensos recibe tratamiento médico para su enfermedad en la institución y el 13 por ciento no recibe ningún tipo de tratamiento para el control de su enfermedad.

9. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados presentados en este estudio la incidencia de EDAs se mostró elevada en comparación con las medias nacionales y del diagnostico realizado para el año 2006 en esta unidad, al evaluar los factores de riesgo que se encontraban asociados a la patología se encontró que la carencia de drenaje, el piso de tierra, aunado a la falta de higiene (lavado de manos) de los responsables al cuidado del menor mostraban una asociación con la presencia de la enfermedad, lo cual es importante tomar en cuenta para la implementación de programas de prevención que ataquen estos problemas, aumentado el nivel de vida de la población con la creación de mayor numero de fuentes de trabajo, así como la ampliación de la cobertura en cuanto a saneamiento básico ambiental, con la finalidad de disminuir el número de viviendas con falta de servicio de drenaje. Se hacen las anteriores propuestas considerando que no son de la competencia del IMSS, si no de diferentes niveles de gobierno.

Por otro lado también resulta necesaria la capacitación y la educación en salud a la población en cuanto a las medidas básicas de higiene para la prevención de este tipo de patologías. Dentro de la UMF No. 66 se cuenta con programa de PREVENIMSS, dicho programa brinda medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades de acuerdo a cada grupo de edad, pero a pesar de esto la población responsable de los menores de 5 años refiere no haber recibido algún tipo de capacitación o información en cuanto a la prevención de estos padecimientos, por lo que es necesario hacer campañas de salud con mayor impacto, con la finalidad de concientizar a la población sobre la importancia que tiene para la conservación de la salud los hábitos higiene adecuados tanto en los adultos como en los menores de 5 años.

La DM es una enfermedad crónica degenerativa que sin un adecuado manejo puede convertirse en incapacitante, en nuestro país presentó una elevada prevalencia entre la población al igual que en nuestro Estado, en esta unidad presento una prevalencia de casi 12 diabéticos por cada 100 derechohabientes mayores de 25 años, siendo las mujeres de 50 a 59 años las más afectadas, a pesar de que la prevalencia de diabetes en este estudio para la UMF No. 66 es menor a la que se encontró en el año 2006, no deja ser alarmante la elevada proporción de pacientes diabéticos encontrada, debido a que la población de dicha unidad está pasando por un proceso de transición demográfica por lo que va aumentado de manera gradual la proporción de adultos mayores que acuden a esta unidad de medicina familiar, lo que ocasiona una mayor demanda de atención para enfermedades crónico degenerativas, en este sentido al realizar la estimación de asociación de factores de riesgo para muerte por diabetes, se encontró una asociación significante con la falta de apego al tratamiento y con obesidad por parte de los pacientes por lo que se considera importante brindar información oportuna sobre la enfermedad y sus complicaciones así como los cuidados requeridos para mantener un control adecuado de la enfermedad, a los pacientes con la finalidad de concientizarlos de la responsabilidad que tienen en el mantenimiento de su salud aunado a que en las unidades de salud se realice la evaluación del paciente de manera continua, incluyendo la revisión de la historia clínica, exploración física y, en los casos que lo ameriten, el uso de pruebas de laboratorio y de otros procedimientos de diagnóstico.

Es necesario que los servicios públicos de salud intensifiquen las acciones de promoción, prevención, control clínico así como de rehabilitación si se desea contener esta epidemia

Al igual que la diabetes, la hipertensión arterial es una enfermedad que tiene una alta prevalencia en nuestra población, además de ser considerada como una enfermedad silenciosa debido a que puede cursar en forma asintomática por periodos prolongados motivo por el cual muchos de los hipertensos desconocen el serlo, todo esto aunado a los estilos de vida poco favorables como lo es el tabaquismo, consumo de alcohol, que en este estudio mostraron una asociación con la presencia de HTA, favorece la elevada prevalencia de dicha enfermedad en la población motivo por el cual es necesario implementar en los servicios de salud de salud campañas intensivas de promoción, educación, detección oportuna en población

mayor de 20 años así como de control adecuado en los pacientes hipertensos existentes con la finalidad de retardar la aparición de las complicaciones propias de la historia natural de la enfermedad.

Es importante mencionar que toda la información que se le brinde a la población debe ser de acuerdo al grado de estudios que posee, esto con la finalidad de tener impacto en la misma y que la información que se les brinde tenga significancia y sea fácil de comprender, al tiempo de motivar a la misma para lograr un mayor compromiso de los pacientes en el cuidado de su salud.

Dentro de las variables que se midieron en este estudio se encontraba el tabaquismo, como ya se ha mencionado es un problema de salud pública que se encuentra estrechamente relacionado con defunciones y discapacidades secundarias a neoplasias malignas, enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad isquémica y problemas cerebrovasculares), padecimientos respiratorios y bajo peso al nacer, en este sentido los resultados que se encontraron en este estudio presentan un comportamiento muy similar a los estatales, así mismo se puede observar que a la par que aumenta la edad aumenta la prevalencia de tabaquismo en la población mayor de 12 años.

Resulta preocupante ver que en el grupo de 10 a 14 años una prevalencia de tabaquismo de la mitad de la media estatal, por lo que resulta imperante implantar algunas acciones al respecto, como lo es informar a la población sobre las consecuencias sanitarias, así como la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, la adopción de medidas legislativas, ejecutivas y administrativas para proteger a las personas del humo de tabaco. Establecer programas dentro de la unidad para la prevención, el inicio, aunado a la promoción y apoyo para el abandono y por ende lograr una reducción del consumo de productos de tabaco; aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para reducir los incentivos al consumo de tabaco, y establecer estrategias y programas a nivel estatal que permitan reducir la oferta y la demanda de productos del tabaco.

Por último los sistemas de salud no pueden concebirse sin los recursos humanos que laboran en ellos. Los trabajadores de la salud son esenciales desde el punto de vista técnico, al desplegar sus conocimientos, habilidades y experiencias en favor del mejoramiento de la salud de la población. También son fundamentales para ampliar la cobertura de los servicios y para alcanzar las prioridades y objetivos nacionales en materia de salud pero, sobre todo, son esenciales para garantizar un trato digno y de respeto a la integridad humana, y constituyen el rostro humano de los servicios de salud. Por su parte, los recursos físicos son los espacios donde se da la interacción entre usuarios y los prestadores de servicios, lo cual implica, por una parte, que dispongan de las condiciones adecuadas que garanticen a los pacientes una atención segura y confortable y, por la otra, que sus características sean las adecuadas en términos de espacio, acondicionamiento y equipamiento técnico a fin de que los profesionales de la salud desarrollen su labor de la manera más efectiva posible.

10. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

10.1. De los alumnos

La realización del diagnóstico de salud nos ha significado a los integrantes del equipo asignado a la sede UMF No.66 del IMSS una serie de sentimientos encontrados, que nos han permitido aprendizaje y formación.

Iniciamos un tanto nerviosos y desconcertados, ya que se trataba de hacer un estudio de investigación cuya metodología aún desconocíamos, con un equipo con el que nunca antes habíamos trabajado, de los cuales por lo tanto no sabíamos cúales eran sus métodos de estudio o planes de trabajo y aunado a ello, todo se realizaría dentro de un nuevo ámbito laboral.

Afortunadamente nos acoplamos rápidamente, nos sentimos desde los primeros días en confianza y comenzamos a realizar las actividades en la sede que se nos había asignado. Trabajamos duro, obteniendo buenos resultados, que nos alentaban a seguir esforzándonos. Al interior de nuestro lugar de prácticas nos topamos con una institución con su normatividad muy particular, donde fuimos conociendo a elementos clave que nos facilitaron mucho las actividades a realizar y de los cuales aprendimos mucho.

Se aplicaba lo visto en clase durante las horas de prácticas en la sede, por las mañanas, para ayudarnos en la comprensión de conceptos y el surgimiento de dudas que podíamos resolver durante las clases y asesorías en el Instituto.

También hubo cosas que nos complicaron el trabajo, como las dificultades para obtener cierta información de parte de la institución (IMSS), la fuerte carga de trabajo y la mala

organización que se dejaba ver ocasionalmente entre los académicos, que a su vez provocaban confusiones y retrasos en los plazos de entrega de avances.

En conclusión la consideramos una experiencia grata, que nos permitió mucho aprendizaje y convivencia, que nos ha dejado una muy buena relación y experiencia sobre lo que es el trabajo en equipo.

10.2. Del asesor externo

Esta es la tercera ocasión que alumnos de la Maestría en Salud Pública, realizan actividades en nuestra unidad, en la primera ocasión se realizó un trabajo de intervención para incrementar la cita previa de la unidad, la segunda experiencia fue con un trabajo de investigación para valorar el apego al tratamiento en pacientes diabéticos, en esta ocasión la elaboración del diagnóstico situacional, con enfoque cuantitativo y cualitativo era la tarea a cumplir; la primera impresión que me dieron Monserrat, Lucia Monserrat y Francisco fue de un grupo responsable y comprometido con su quehacer, al hacer la presentación de sus objetivos y plan de trabajo ante el cuerpo de gobierno de la unidad, también dejaron una grata impresión, ya que se mostraron seguros y dominadores del tema.

Durante el desarrollo del trabajo mi función fue básicamente de facilitador de la información, así como de apoyo logístico en el desarrollo del diagnóstico, tratando de ayudarles a salvar los múltiples obstáculos que se presentaron en el desarrollo del mismo ya que nuestra institución es muy celosa de su información y las fuentes de la misma no son de fácil acceso, mas sin embargo el grupo con muy buena disposición logro recabar todo lo necesario para alcanzar la meta.

Ha sido una grata experiencia trabajar con Lucia Monserrat, Monserrat y Francisco, ya como en todo proceso docente la experiencia de enseñanza-aprendizaje fue en ambas direcciones, se que les quedó a deber, porque mi formación en salud pública es muy pobre, por lo que mi función se enfocaba más a facilitar que a asesorar el trabajo realizado, más sin embargo su gran disposición nos permitió, tener una excelente relación, donde se privilegió el trabajo encaminado al logro de los objetivos planteados.

Dr. Luis Sainz Vázquez
Encargado de la Coordinación de Educación e Investigación en Salud. UMF No. 66 IMSS Xalapa Ver.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IMSS.gob.mx [homepage en internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2008 [actualizado Enero 17 del 2008; citado Febrero 02 del 2008]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/imss.
2. Simón MA. Manual de Psicología de la salud. Madrid, España. Editorial. Biblioteca Nueva. 1999.
3. Who.int [homepage en internet].Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado Octubre17 del 2007]. Disponible en: URL:/http://www.who.int
4. Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978
5. López Ramos F. Epidemiología en enfermedades crónico-degenerativas. Editorial. Manual Moderno. 1ª Reimpresión. México,2004.
6. Ramos Domínguez BN, Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Revista Cubana Salud Pública. 2006; 32 (2): 164-170.
7. Nohemy Barona de Infante, Lugardo Álvarez A. Morbilidad, ambiente y organización social. Sociedad y Salud. 1991; Edición. Formas precisas Impresores: 425-442.
8. ENSA2000 [homepage en internet] México: Instituto Nacional de Salus Pública; 2000 [citado Febrero 04 del 2008]. Disponible en: http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo1.pdf
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de Salud, Análisis epidemiológico para el año 2007 de la UMF No. 66 del IMSS.
10. Ladrón de Guevara E. Diagnóstico de Salud. Instituto de Salud Pública. México: 2007.
11. Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica; (Salud Publica de Méx.) Vol. 44, no. 3. México: mayo-junio 2002; 44:258-265. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/index.html.
12. Notas de clase, modulo de Administración de Sistemas de Salud. Maestría en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. México: 2007.
13. Hernández Guerson E, Saldaña Ibarra S.A. Guía básica para el desarrollo de investigaciones y comunicación de resultados. Guía Práctica para su realización desde una perspectiva cuantitativa. Universidad Veracruzana. 2003.
14. Instituto Nacional de Geografía e Informática. XII Censo general de población y vivienda. INEGI. México. 2001.
15. Livi-Bacci M. Introducción a la Demografía. 1° edición. Editorial Ariel S.A.; España: 2007.
16. Notas de Clase, modulo Demografía, Maestría en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. México: 2007.

17. Gordis, L. Epidemiología. 1° edición. Editorial Harcourt Brace-El Seviel; 2007.
18. Rothman. Epidemiología moderna. Editorial Díaz de Santos S.A. 2006.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. [fecha de acceso 04 de diciembre 2007].
Disponible en URL: http://www.codamedver.gob.mx/NOM-030-SSA2-1999.htm
20. Huerta RB. Factores de riesgo para la hipertensión, Archivos de Cardiología de México; Vol. 71 Supl. 1/Enero-Marzo 2001:S208-S210.
21. Hipertensión arterial. Artículos para pacientes. Cardiología. [en línea fecha de acceso 05 de diciembre de 2007]. Disponible en URL: http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/16/ pagina/3/hipertension_arterial.html
22. NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, [fecha de acceso 04 de diciembre 2007. Para el manejo integral de la obesidad. DOF 12 abril del 2000. Disponible en URL: http://www.guanajuato.gob.mx/ssg/prescripcion/normas/174SSA18.pdf
23. Enfermedades cardiovasculares e hipercolesterolemia [en línea]. Fomento de Nutrición y Salud, A. C.; 2002 [fecha de acceso 6 de noviembre de 2007].
URL disponible en:
http://fns.org.mx/index.php?Mostrar=Script&Script=articulos&IdArticuloBis = 7&IdContenido=74
24. Diabetes Mellitus [en línea]. Ferrato Enciclopedia en línea. [fecha de acceso 6 de noviembre de 2007]. URL disponible en: http://www.ferato.com/wiki/index.php/Diabetes_mellitus
25. Enfermedades cardiovasculares e hipercolesterolemia [en línea]. Fomento de Nutrición y Salud, A. C.; 2002 [fecha de acceso 6 de noviembre de 2007].
URL disponible en:
http://fns.org.mx/index.php?Mostrar=Script&Script=articulos&IdArticuloBis = 7&IdContenido=74
26. Instituto Mexicano del seguro Social. Programas integrados de salud, guía técnica. IMSS. México. 2005
27. Polit DF, Hungler BP, editores. Investigación científica en ciencias de la salud. 6 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
28. Hernández Guerson E, Saldaña Ibarra S.A. Guía básica para el desarrollo de investigaciones y comunicación de resultados. Guía Práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. Universidad Veracruzana. 2003.
29. Taylor SJ y Bogdan R. El trabajo con los datos: análisis cualitativo de los datos en la investigación cualitativa. En Taylor SJ y Bogdan R. Introduccioón a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidos1992.
30. Dewey John, "Experiencia y educación" Biblioteca Nueva 2004
31. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006, OMS.
32. Hernández Guerson E, Saldaña Ibarra S.A. Guía básica para el desarrollo de investigaciones y comunicación de resultados. Guía Práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. Universidad Veracruzana. 2003.
33. Sánchez Serrano R. La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En Tarrés ML editores. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Miguel Ángel Porrúa librero-editor; 2001.p.97-131.
34. Hernández GE, González HA. Una aproximación al análisis cualitativo de los datos. Enseñanza e investigación en psicología 1998; 2 (3); 89 – 101.
35. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología. 2ed. Quito (Ecuador): Centro de estudios y Asesoría en Salud; 1995.
36. Instituto Nacional de Geografía e Informática. Conteo de población y vivienda 2005. INEGI. México. 2006.
37. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de Salud, Análisis epidemiológico para el año 2007 de la UMF No 66 del IMSS.
38. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Veracruz Norte. Disponible en: URL: http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/Regional/VerNte/IMSS%20en%20Veracruz%20Nte/servicios_ medicos_verNte
39. SINAIS. Disponible en URL: //www.SINAIS.salud.gob.mx
40. CONAPO. Disponible en URL: http://www.conapo.gob.mx
41. Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas., 1era ed. 2007. Secretaria de Salud. México.
42. Programa sectorial de salud. SSA., Gobierno del Estado de Veracruz, 2005 – 2010
43. Información estadística en Salud. IMSS. Disponible en URL: http://www.IMSS.gob.mx
44. Diagnostico epidemiológico de salud de la Unidad de Medicina familiar No. 66 del IMSS. Departamento de epidemiología. IMSS .2007
45. XII Censo general de población y vivienda 2000. Disponible en URL: http://www.INEGI.gob.mx
46. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). 1er trimestre 2007. Disponible en URL: http://www.INEGI.gob.mx
47. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 [homepage en internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006 [citado febrero 2008]. Disponible en: http://www.insp.mx/ensanut/ensanut 2006.pdf.
48. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global

prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projection for 2030. Diabetes care [serie en internet]. Mayo 2004 [citado en febrero 2008]; 27(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf.
49. Olaiz-Fernández G, Rojas R, Aguilar-Salinas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Publica Mex 2007;49 supl 3:S331-S337.
50. Organización Panamericana de la Salud [homepage en internet]. Washintong. Organización Mundial de la salud, 2007 [actualizado en Mayo 2000, citado Febrero 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/ default_spa.htm
51. División Técnica de Información Estadística en Salud. Principales causas de muerte en el grupo de edad general según sexo (total nacional 2002). México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2002.
52. Organización Panamericana de la Salud [homepage en internet]. Washintong. Organización Mundial de la salud, 2007 [actualizado en Mayo 2000, citado Febrero 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/ default_spa.htm

AGRADECIMIENTOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66

Dr. Héctor Tomás Fernández García.
DIRECTOR CLÍNICO DE LA UNIDAD

Dr. Martín Altamirano Quiroz.
DIRECTOR CLÍNICO DE LA CONSULTA EXTERNA

Dr. José Luis Barradas Velásquez.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

T.S. Alma L. de la Cruz Vázquez.
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Dr. Luis Sainz Vázquez.
ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dr. Jaime Morales Romero.
COORDINADOR DE SALUD PÚBLICA I DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez.
ASESORA INTERNA PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL ISSSTE-INMECAFÉ

Flor de María Domínguez Bravo
Tlalli Judith Saavedra Álvarez
Silvia del Pilar López Hernández

Asesor interno: Dra. Dulce María Cinta Loaiza
Asesor externo: Dr. César Augusto Lara Hakim

1. RESUMEN

Objetivo. Elaborar un diagnóstico de salud en el consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ, así como conocer la percepción del estado de salud de los usuarios prestadores de servicio y directivos para la toma de decisiones. Metodología. Se integran las metodologías cuantitativa y cualitativa. Componente cuantitativo: se empleo muestreo aleatorio simple, fueron seleccionadas 196 viviendas de derechohabientes de la población de referencia, se aplicó un cuestionario que incluyó variables sociodemográficas, características de la vivienda, morbilidad y mortalidad, y factores de riesgo de daños priorizados. Componente cualitativo: se uso muestreo teórico estratificado para seleccionar 6 personas de la institución (2 usuarios, 2 prestadores de servicio de salud y 2 directivos) y se diseñaron entrevistadas focalizadas y observación, se definieron conceptos y subconceptos de percepción de salud, salud y retos para identificar generalidad, variabilidad y casos extremos en las variables discusivas para el análisis. Resultados. Componente cuantitativo. 56.3 por ciento de la población son mujeres y 43.6 por ciento hombres. El 52.2 por ciento esta en el rango de 15 a 49 años, 99.5 por ciento son alfabetas, 33.6 por ciento tiene licenciatura. El 55.8 por ciento de la población es económicamente activa ocupada lo cual se refleja en un nivel de vida alto. El porcentaje de infecciones respiratorias agudas es de 44 por ciento en menores de 5 años y 72 por ciento en mayores de 60 años. Se encontró alcoholismo en 52.6 por ciento de la población con edad de 25 a 44 años; 22 por ciento de la población reporto tabaquismo. Se relaciono el riesgo de tener infecciones en vías urinarias con el consumo diario de refrescos; hipertensión obesidad e hipercolesterolemia, diabetes hubo relación con ser mayor a 40 años, tener obesidad y antecedentes heredofamiliares. La percepción que tiene de la calidad del servicio en general es buena. La productividad en el consultorio fue más alta en los meses de mayo y julio. Componente cualitativo: la percepción de los usuarios del estado de salud se enfoca en la enfermedad, los prestadores de salud tienen percepciones institucionales y los retos que visualizan los directivos están relacionados con la atención a la salud el capital de trabajo y de capital.

2. INTRODUCCIÓN

El presente diagnóstico de salud se realizó en el consultorio del ISSSTE Inmecafé en Xalapa, Ver; se llevó a cabo en varias etapas y con dos abordajes diferentes cuantitativo y cualitativo. La primera etapa consistió en conocer la ubicación del consultorio, así como conocer al personal que se encontraba laborando en la unidad, posteriormente se realizó una entrevista al médico encargado del consultorio para conocer cuales eran sus actividades cotidianas y el tipo de población que asistía a consulta. Se buscaron otros documentos previos que reflejaran estudios similares al diagnóstico de salud que se pretendía realizar. Se hizo una priorización de daños con base en el criterio de magnitud (tasas) de las principales causas de mortalidad hospitalaria a partir de datos de la Clínica Hospital del ISSSTE – Xalapa y morbilidad a partir de datos de la unidad del Inmecafé. En base a los datos obtenidos se realizó la identificación de los factores de riesgo más importantes para la población derechohabiente del ISSSTE, con los factores planteados, se procedió a construir una serie de preguntas para tratar de medir dichos factores y explicar su relación con los daños priorizados. Para evaluar la parte cuantitativa de este estudio se construyó un cuestionario a nivel grupal y se aplicaron en una prueba piloto en la Clínica Hospital del ISSSTE – Xalapa, para validar el instrumento y poner a prueba todo el abordaje metodológico, para finalmente poder aplicarlo en la población de interés en el período diciembre 2007 a enero del 2008; encuestando a los derechohabientes en sus domicilios de acuerdo a la selección de la muestra y así conocer los datos generales de la población derechohabiente tales como características demográficas, de la vivienda, daños a la salud, factores de riesgo tanto a nivel social y económico, así como estilos de vida, calidad del servicio y recursos para la salud. Para abordar la parte cualitativa se realizaron seis entrevistas para conocer la opinión y

percepción tanto de los usuarios, prestadores y directivos acerca del tema de salud y retos a nivel institución.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Argumentación teórica

El perfil epidemiológico que caracteriza hoy en día a nuestro país y la asociación con enfermedades crónico degenerativas, las cuales predominan actualmente, atribuyendo este fenómeno a los estilos de vida de la población, así como al envejecimiento de la población del país, esté último repercute de forma directa en el incremento de las necesidades de salud, mayor demanda y utilización de los servicios de consulta externa, rehabilitación y apoyo social. De acuerdo a la encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en el año de 1993, se identificó una prevalencia nacional de Síndrome metabólico (SM) de aproximadamente 30 por ciento en la población de 20 años y más[1].

Los documentos orientadores de esta investigación fueron los diagnósticos de salud de Panamá, España, Chile, Perú, México y el "Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud".

La Encuesta Nacional de Salud 2000 mostró que los adultos mayores de 20 años sufren de DM2 y aproximadamente 30 por ciento de HTA, después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4,697 por 100,000 habitantes). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores. Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, al igual que por enfermedades hipertensivas, mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres. Es probable que estas diferencias se deban a diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, mucho más marcadas en las generaciones que hoy tienen 65 años y más. En esta etapa de la vida vuelven a aparecer, dentro de las causas más comunes de muerte, las infecciones respiratorias agudas bajas, y desaparecen como una de las principales causas de defunción los accidentes y las lesiones[1].

La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20 por ciento). Actualmente más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8 por ciento. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20 por ciento. . Los principales factores de riesgo relacionados con esta enfermedad son el consumo excesivo de grasa de origen animal, el sobrepeso, el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el estrés y la diabetes[1].

Entre las causas que favorecen el desarrollo de la hipertensión se cuentan la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sal y el consumo excesivo de alcohol. A nivel nacional, la prevalencia de este padecimiento en la población de 20 años o más es de 30.8 por ciento. A partir de los 60 años de edad, más de 50 por ciento de los hombres y más de 60 por ciento de las mujeres presentan hipertensión arterial. La prevalencia de HTA en la población de 20 años y más en nuestro país es de 30.8 por ciento[1].

Otro punto de importancia el cual aborda este documento es como las muertes por infecciones comunes, en particular las diarreas y las infecciones respiratorias agudas, se concentran de manera muy importante en los menores de 5 años[1].

El sobrepeso y la obesidad son dos de los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población mexicana y el sistema de salud. Su prevalencia en adultos se incrementó de 34.5 por ciento en 1988 a 69.3 por ciento en 2006. El sobrepeso y la obesidad se asocian con varias de las principales causas de muerte en el país, como la diabetes, las enfermedades cardio y cerebro-vasculares, y el cáncer de mama, entre otras[1].

Otro de los determinantes personales de la salud es el tabaquismo el cual es considerado como uno de los principales factores de riesgo para muerte prematura tanto en mujeres como en hombres, además de está demostrado que la exposición pasiva al humo de tabaco causa graves daños a la salud, afectando principalmente a los niños menores de 5 años[1].

En cuanto al alcoholismo, este es asociado a enfermedades como cirrosis hepática y los accidentes de tráfico. Dicho patrón se diferencia por sexo en 44 por ciento los hombres y 9 por ciento las mujeres[1].

Otro de los temas que se abordan en el "Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud" es el de la calidad en la atención a la salud donde menciona que los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros, eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios; donde la calidad significa disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo[1].

Existe un documento diferente al trabajo realizado en cuanto a metodología, debido a que sus objetivos son diferentes a los planteados en este trabajo, sin embargo, se tomó en cuenta por algunos aspectos que se consideraron relevantes en cuanto a hallazgos demográficos que contrastan con los encontrados en el presente trabajo; dicho documento se titula "Diagnóstico del Sistema de Información en Salud de Panamá", realizado en diciembre del 2006. El objetivo de este documento fue describir globalmente la situación del sistema de información en salud de Panamá, en el ámbito de sus capacidades potenciales considerando: la estructura de los subsistemas que lo integran, algunos elementos de calidad de la información, la interrelación entre ellos, el nivel alcanzado en materia de desarrollo informático, las fortalezas y debilidades de las diferentes bases de datos y fuentes de información del sector salud, la disponibilidad de información socioeconómica y demográfica, y el uso de la información disponible en la gestión de salud del país. Este diagnostico es producto del análisis y el trabajo conjunto de las instituciones participantes en el desarrollo del proyecto en el país, bajo la coordinación de la OPS/ OMS en Panamá[2].

La propuesta de Panamá hace hincapié en la necesidad del desarrollo, planeación, gestión y evaluación de las políticas de los servicios de salud basadas en evidencia, para asegurar el uso óptimo de los limitados recursos, para lo cual requiere de un Sistema de Información en Salud sólido, funcionando de forma sistémica, en un proceso que reúna, comparta, analice y use la información relacionada con la salud[2].

En este diagnóstico se describe el contexto sociodemográfico y de salud, mostrando como principales hallazgos que la estructura poblacional es aún joven, pero en plena transición al envejecimiento, con una paulatina reducción de la proporción de la población menor de 15 años. Su índice de envejecimiento es de 27,7 por ciento. Del total de la población del país, el 50,5 por ciento son hombres y el 49,5 por ciento son mujeres, siendo el 30,7 por ciento menor de 15 años, el 63,5 por ciento de 15 a 64 años y el 5,8 por ciento de 65 y más. El crecimiento poblacional ha experimentado una notoria reducción en las últimas décadas, debido al descenso de las tasas de natalidad y fecundidad. La fecundidad de las mujeres panameñas ha pasado de una cifra cercana los seis hijos por mujer en la década del 50 a 2 en el 2005[2].

En cuanto a la mortalidad general de Panamá se observa que ha disminuido en los últimos cincuenta años, sin embargo desde aproximadamente 20 años se mantiene estable con algunas variaciones; al revisar las causas de muerte ocurridas en el año 2005, según grandes grupos de causas encontraron, que la primera causa de muerte en el país corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio (126,2 por 100 mil hab.), en segundo lugar están las neoplasias o tumores malignos (69,7), en tercer lugar figuran las causas externas (44.7), seguidas por las muertes por enfermedades transmisibles (43.6), con una importante contribución del VIH/SIDA[2].

En cuanto a la metodología utilizada en el diagnóstico de Panamá, fue diferente a los anteriores diagnósticos, ya que para elaborar el presente documento se utilizaron los resultados de evaluaciones diagnósticas realizadas previamente de los sistemas de información en el país, específicamente dos evaluaciones de las estadísticas, una realizada en el 2005 y un diagnóstico preliminar del SIS a inicios del 2006. El proceso de diagnóstico realizado en febrero de 2006 se desarrolló mediante la técnica de grupos de enfoque, intentando conocer las percepciones, actitudes y valores de los gerentes y otros miembros de la organización con respecto a las funciones para la generación de información[2].

Otro documento encontrado fue el "Diagnóstico de Salud Sevilla 2006", cuyo objetivo era conocer el estado de salud de la ciudad de Sevilla, y de sus ciudadanos[3].

Dicho diagnóstico está conformado por indicadores demográficos, hábitos de vida en la población joven, mortalidad, causas y sus determinantes, determinantes de desigualdades en salud, recursos sanitarios y motivos de consulta.

En el caso de los hábitos de la población joven en cuanto a su alimentación se encontró que la mayoría consumen

frecuentemente carne y embutidos, bajo consumo de frutas y verduras, y una dieta excesiva en alcohol[3].

En cuanto a la mortalidad se encontró que en el período de 1999-2002, en hombres, las principales causas de muerte fueron por cáncer y circulatorias[3].

Por último encontraron que los motivos de consultas explicitadas por los usuarios fueron las relacionadas con tumores de mama y con factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión y diabetes), SIDA, tuberculosis, cáncer de mama y asma en niños como las necesidades expresadas por la población[3].

Otro estudio encontrado fue el "Diagnóstico de Situación de Salud de la Cuarta Región", producto del trabajo de los diferentes departamentos que componen la Autoridad Sanitaria Regional, representada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Cuarta Región de Coquimbo (Chile) en este trabajo participaron el Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria. Dicho diagnóstico fue realizado en septiembre del 2005[4].

Este diagnóstico comprende gran cantidad de factores: los determinantes de salud de la población, desde aquellos geográficos que influyen en el clima y productividad de la zona, como también, en forma muy importante, los sociales, demográficos y económicos. También describe la influencia actual en la Salud Regional de condicionantes tales como tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, embarazo adolescente, y enfermedades predisponentes como diabetes e hipertensión[4].

Otro documento encontrado fue el "Diagnóstico sobre Salud en la Vivienda en el Perú" realizado el 19 de abril del 2000, donde recopilaron información estadística y analítica sobre el tema de la vivienda, producida por diversos establecimientos públicos, privados, centros de estudios y organismos no gubernamentales, los cuales a su vez integran la Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud. Este estudio se tomó en cuenta debido a que su objetivo consistió en identificar lo que acontecía con la salud de las familias en su domicilio y sus alrededores, de tal manera que se comprendiera mejor sus necesidades para incorporarlas como requerimientos al plan de trabajo de la Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud, se consideró importante en cuanto a algunos hallazgos que ayudan a reforzar la investigación realizada en el ISSSTE-INMECAFÉ[5].

El objeto del estudio fue la familia y la persona en su vivienda. Considerando los factores de salud relacionados con la vivienda en las diferentes regiones de dicho país, teniendo en cuenta las formas de vida locales, priorizando el análisis en los sectores socio-económicos de menores ingresos de las ciudades[5].

Para cumplir este objetivo, construyeron el instrumental metodológico que les permitió recoger la información más pertinente respecto a los indicadores de salud en la vivienda. Emplearon tres instrumentos de investigación y análisis: a) entrevista a profesionales con experiencia y en cargos de responsabilidad en los sectores Salud y Vivienda, b) contrastar información bibliográfica, información periodística, con su apreciación subjetiva de la realidad, c) elaboración de síntesis final resultante en la producción de conocimiento científico[5].

Los problemas de la salud relacionados con la vivienda fundamentalmente están vinculados con la habitabilidad y los hábitos autoformados (componente cultural del residente), además del bajo nivel o falta de educación, bajos ingresos, desnutrición, etc.

Encontraron en dicho estudio que el 46 por ciento de la población peruana tiene por lo menos una necesidad básica insatisfecha, siendo el principal factor la privación de los servicios higiénicos en la vivienda, el cual afecta al 27.6 por ciento de la población. Otro factor gravitante fue el hacinamiento en las viviendas, pues el 23.5 por ciento de la población vive en esas condiciones. Los proyectos y programas para reducir o aliviar la pobreza suelen diseñarse y ejecutarse con un marcado enfoque "sectorial". Sin embargo el carácter multidimensional de la pobreza obliga a tener una visión integral del problema, tanto en el análisis de la situación como en el diseño y aplicación de las políticas, así como en la evaluación de los resultados[5].

Entre las conclusiones y recomendaciones presentadas en dicho estudio se menciona que la salud es parte integrante del desarrollo, siendo la salud ó la enfermedad el resultado de una relación dinámica de los individuos en su interacción entre los procesos ecológicos, culturales y económicos que se dan en la sociedad. En tal sentido el medio ambiente tiene una relación directa con la salud; por lo que toda mejora de las condiciones del hábitat repercute inmediatamente en mejorar los niveles de salud[5].

Dentro de nuestro país se encontró un diagnóstico realizado en el estado de Tamaulipas llamado "Diagnóstico preliminar de la situación de salud en el municipio de Bustamante, Tamaulipas, México." Su

objetivo fue obtener información que reflejará el bienestar y las carencias de los habitantes residentes en cuatro comunidades del municipio de Bustamante, Tamaulipas, ya que es considerado como el municipio de menor nivel en ese estado[6].

La metodología que se uso en este estudio fue exploratoria, descriptiva eligiendo cuatro poblaciones de estudio, aplicaron como instrumento la técnica de la encuesta para determinar el nivel de bienestar de las familias. Aplicaron en total 99 cuestionarios, cuyos datos fueron analizados en el programa estadístico de SPSS versión 11. Además realizaron entrevistas con enfoque cualitativo para complementar la visión de los datos. En cuanto a los resultados los hallazgos más sobresalientes fueron: las entrevistas reflejan que la mayoría de las mujeres contrae matrimonio alrededor de los 16 años, lo cual concuerda con los datos recabados en los cuestionarios ya que la mayoría de la población es casada. En cuanto a la escolaridad se observó que el mayor porcentaje de la población tiene la primaria incompleta, el grado máximo es bachillerato y solo lo tiene la minoría. La mayoría de las personas en cuanto a la ocupación se encuentran como población económicamente inactiva. Con respecto a los materiales de su vivienda reportan el adobe, lámina, tener de dos a tres habitaciones y letrinas para la eliminación de excretas. Y en cuanto a la atención para su salud la reciben por parte de la Secretaría de Salud, aunque reportan que les acudir a este lugar es difícil por la lejanía que hay entre sus viviendas y el centro de salud; por lo cual se propuso en dicho estudio crear más centros de atención rurales[6].

3.2. Argumentación empírica

En este apartado se muestran algunas investigaciones científicas que han ayudado a ampliar y confirmar el conocimiento de los resultados encontrados en este diagnóstico de salud tales como: IRAs en niños menores de 5 años, IRAs en mayores de 60 años, lo cual es de gran importancia por que la población del ISSSTE-INMECAFÉ se caracteriza por este tipo de población envejecida, así como otras investigaciones relacionadas con DM2, HTA, entre otras. La obesidad y sedentarismo relacionados con las enfermedades ya mencionadas; así como IVU en mujeres de 15 años y más, además de accidentes de tráfico que también representan un problema en el ámbito de salud pública. Por último se hace mención a un artículo el cual apoya varios aspectos abordados a lo largo de la investigación.

En lo que respecta a IRAs en niños menores de 5 años, Palacios S.[7] menciona que en los umbrales del siglo XXI los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples. De los grandes problemas que afectan a la infancia, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Las IRAs son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes infecciosos que afectan cualquier punto del aparato respiratorio.

Más de 140 000 niños menores de 5 años mueren anualmente por neumonía en la región, de cada 8 niños fallece un niño por IRAs y estas constituyen la primera causa de consulta y hospitalización en edades pediátricas. Estas cifras por sí solas hacen comprender la necesidad de programas para su control.

Robaina S. y Campillo R.[8] realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo del comportamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en niños menores de 5 años de edad en el año 2001. Los resultados obtenidos muestran que los episodios de IRAs fueron más frecuentes en los menores de 1 año, los meses de mayor incidencia fueron de octubre a marzo[8].

Con respecto a los casos de IRAs en adultos mayores, Moreno W. Tenorio P. Gatica Q. y Sánchez R.[9]describen como durante el período invernal IRAs son causa de un alto número de licencias médicas, cuando este hecho se manifiesta en el personal de salud, que se encuentra más expuesto y que tiene como objetivo atender a la población en este período; además, se presenta un estudio de cohorte del personal del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente vacunado y no vacunado contra la influenza y, la incidencia de infecciones respiratorias durante el año 2000. Si bien no es el objetivo de esta vacunación la protección contra otras IRAs, se pudo constatar una disminución en la ocurrencia de otras patologías respiratorias entre los vacunados, que resultaron también significativas en el análisis estadístico[9].

En lo que respecta a DM2, de acuerdo con Olaiz-Fernández G. y cols[10] estudiaron la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) y los factores asociados con esta enfermedad en adultos a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000).

Lo descrito en la investigación de Olaiz-Fernández G. y cols.se ve reforzado con otra investigación realizada

por Alemán M. Esparza R. y Valencia M.[11] se enfoca en personas de 60 años y más ya que como se ha visto de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en 1990, en México, la población de la tercera edad representó 6.1 por ciento de la población total lo cual se ve reflejado que tanto en países industrializados como en vías de desarrollo, se registra un incremento importante de la población mayor de 60 años estimando que esa cifra aumentará un 7.7 por ciento para el 2010. En las personas de la tercera edad se presentan diversos cambios biológicos y su estilo de vida también se modifica. Indudablemente, los cambios antropométricos cobraran más interés en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas. Hoy en día, en el adulto mayor se reconoce la importancia de los cambios en peso, en talla y en composición corporal influyendo estos de forma directamente proporcional como factores de riesgo que predisponen ciertas enfermedades tales como DM2, hipertensión, por mencionar solo algunas.

Monroy O. Peralta M, Lara E. y Hernández G.[12] mencionan que entre los principales factores de riesgo para desarrollar la hipertensión arterial sistémica en individuos mayores de 30 años son: el uso de medicamentos (vasoconstrictores, antihistamínicos, esteroides, AINES), padecer diabetes mellitus, síndrome cardiometabólico, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y consumo elevado de sales en la ingesta de alimentos. La HTA es un importante problema de salud pública, no sólo por su alta incidencia y prevalencia, sino por su estrecha asociación con el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Con lo que respecto a IVU Murillo. R. Castro L. y Eslava. S.[13] realizaron un estudio observacional, descriptivo, de una cohorte histórica, basada en registros, de usuarios consultantes en la Unidad de Servicios de Salud-UNISALUD, de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, con diagnóstico de infección de vías urinarias, entre julio de 2002 y junio de 2003. Investigaron incidencia de IVU y principales signos y síntomas detectados. Se encontró que la incidencia de infección de vías urinarias fue de 6,3 por ciento, afectando especialmente a las mujeres con 84,4 por ciento. Los signos y síntomas son los típicamente encontrados en esta entidad: 58 por ciento de los casos corresponde a infecciones bajas, 36 por ciento a inespecíficas, 4 por ciento a infecciones durante el embarazo y 2 por ciento a infecciones altas, se concluye que la infección de vías urinarias presentó un comportamiento acorde al perfil epidemiológico de esta entidad patológica en la población general.

Bedregal G. Quezada V. Torres H. Scharager G. y García O. [14]realizaron un estudio para conocer las necesidades de la salud desde la perspectiva de los usuarios el cual muestra la importancia que tiene la opinión de los usuarios para mejorar las políticas de salud, junto con el conocimiento técnico, características demográficas y epidemiológicas, es decir, complementar los estudios de tal forma que pueda abordarse la percepción de las personas tanto a su salud propia, como a la calidad de los servicios a los que acude y como repercute esto en sus enfermedades. Este presenta un abordaje de tipo cualitativo y cuantitativo, se uso la encuesta como técnica de recolección de información cuantitativa y entrevistas para lo cualitativo; antes de ser aplicada la encuesta se realizo una prueba piloto para probar el instrumento. Los resultados fueron procesados con Epi Info 6 y SPSS 8.

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Justificación

En septiembre del 2007, se inició la búsqueda de información para elaborar un diagnóstico de salud de la población de responsabilidad de dicho consultorio, sin embargo, únicamente se encontraron tres estudios previos que dan referencia directa o indirecta de la situación de salud-enfermedad:

1. Diagnóstico situacional de la Clínica Hospital ISSSTE. Realizado en el 2005 por el Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadística de dicha clínica a partir de la información generada por cada una de las áreas que la conforman, así como los datos que reportan las Unidades de Medicina Familiar de primer nivel de atención y los consultorios auxiliares. Los datos que reporta únicamente son numéricos y referentes a la productividad de los servicios e infraestructura. Cabe señalar que los datos del consultorio auxiliar del INMECAFÉ no se encuentran desglosados, sino integrados totalmente a los de la propia clínica.

2. Diagnóstico de salud de la Clínica Hospital ISSSTE. Realizado en el 2005 por alumnos de la maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Los resultados reflejan la situación de morbi-mortalidad de la población atendida en la clínica, sin embargo no es posible identificar los daños que son exclusivos de los usuarios del consultorio del INMECAFÉ.

3. Tesis para obtención de título de la maestría en Ciencias -área de Farmacia Clínica, "Insumo y Consumo de Medicamentos en el Consultorio auxiliar de IMC

del ISSSTE de la ciudad de Xalapa, Ver." Elaborada en 1998 por el Médico Cirujano César Augusto Lara Hakim. Reporta que la población se ve afectada principalmente por infecciones respiratorias agudas (dentro de las enfermedades transmisibles) y por hipertensión arterial sistémica (dentro de las enfermedades no transmisibles); por otro lado los datos reflejan que el abastecimiento de medicamentos al consultorio no son adecuados a las características de su población. (Lara H.C.)[15].

De acuerdo con Ladrón de Guevara E., el propósito del diagnóstico de salud es el de contar con información que permita implementar acciones de salud para minimizar los daños existentes, prevenirlos y promocionar medidas que mejoren las condiciones de vida y los estilos de vida de la población[16]. Por otro lado, López F. menciona que el diagnóstico de salud es resultado de un estudio esencialmente epidemiológico y que en términos de planeación éste debe anteceder a cualquier programa de atención médica, pues también determina alternativas para la solución de problemas de la salud[17].

Sin embargo, al analizar los estudios realizados previamente se puede observar que existe un gran vacío de conocimiento sobre la situación actual de salud-enfermedad de la población de interés ya que los dos diagnósticos, tanto el situacional como el de salud, realizados en la Clínica Hospital del ISSSTE no aportan algún dato referente al consultorio auxiliar y en cuanto a la tesis, a pesar de incluir resultados sobre morbilidad y mortalidad éstos no son aplicables a la población actual debido a que se realizó hace 10 años.

Analizada la situación queda claramente definida la importancia de realizar un diagnóstico de salud de los usuarios del consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ, de tal forma que éste sea una herramienta para identificar los estilos de vida y el estado de salud-enfermedad de la población y establecer pautas para planear e implementar acciones dirigidas para prevención de enfermedades y sus complicaciones y promoción de la salud.

Este es un estudio bimétodo, incluye los métodos cualitativo y cuantitativo lo cual permite complementar la visión de los datos[5], pues es una necesidad tomar en cuenta la percepción del paciente (y los actores sociales involucrados en el proceso de salud) para la evaluación de resultados y toma de decisiones, ya que los datos subjetivos reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente y actores sociales los cuales condicionan el bienestar, el malestar y los estilo de vida[18].

4.2. Escenario del diagnóstico

La Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Xalapa, creada el 29 de abril de 1984, es una unidad hospitalaria con servicios de consulta externa de Medicina Familiar, especialidades básicas (pediatría, ginecología, cirugía y medicina interna), hospitalización, urgencias, quirófanos, salas de expulsión y apoyo de anestesiología. Adscrita a ella se encuentran 7 Unidades de Medicina Familiar y 3 consultorios auxiliares[a], (entre ellos el del Instituto Mexicano del Café -INMECAFÉ), instalados en centros laborales y en unidades habitacionales. El presente diagnóstico de salud fue realizado con la población derechohabiente que asiste habitualmente a dicho consultorio y que reside en las colonias Ánimas, Sipeh, Sahop e Indeco Animas por mencionar algunas.

4.3. Preguntas de investigación

4.3.1. Cuantitativa

- ¿Cuáles son las condiciones actuales de salud-enfermedad de la población de responsabilidad del consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ?

4.3.2. Cualitativa

Se diseñaron tres preguntas de investigación dirigidas a conocer la percepción que se tiene del estado de salud de las personas que son atendidas en el consultorio auxiliar, dirigidas a directivos, prestadores de servicios y usuarios:

- ¿Cuál es la percepción que tiene el directivo sobre la salud de los derechohabientes del ISSSTE?
- ¿Cuál es la percepción que tiene el prestador de servicios sobre la salud de los derechohabientes del ISSSTE?
- ¿Cómo perciben su estado de salud los usuarios derechohabientes del ISSSTE?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Conocer el estado de salud-enfermedad de la población que acude del consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ, así como la percepción del estado de salud de los usuarios, prestadores de servicios y directivos para la toma de decisiones.

---

[a] *La característica de estos consultorios es que no tienen población adscrita y sólo otorgan consulta externa de medicina general*

5.2. Objetivos específicos

5.2.1. Cuantitativos

• Identificar las principales causas de morbilidad de la población.
• Identificar las principales causas de mortalidad.
• Identificar los estilos de vida que influyen en la morbi-mortalidad de la población.

5.2.1. Cualitativos

En cuanto al abordaje cualitativo, el presente estudio pretende identificar la percepción que tienen los usuarios y los prestadores de salud del ISSSTE sobre el tema de salud, así como los principales retos que detectan los directivos en la institución para mejorar la problemática actual que ellos mismos perciben.

6. METODOLOGÍA

6.1. Abordaje cuantitativo

6.1.1. Tipo de estudio y diseño

Según la interferencia del investigador: Observacional. No se interviene o modifica alguna de las variables de estudio, sólo se observa la situación y los fenómenos que se presentan sin alterar su curso

Según el período y secuencia del estudio: Transversal. Tomando datos de un momento en el tiempo y haciendo una sola medición, mediante levantamiento de encuesta durante el período diciembre 2007 - enero 2008.

Según la comparación de las poblaciones: Único. Se estudia la población derechohabiente del ISSSTE que acude al consultorio auxiliar del INMECAFÉ, y se describe la morbilidad y mortalidad de esta población.

6.1.2. Descripción del universo y muestra

El universo del estudio corresponde a la población de referencia, y es el conjunto de unidades a las que queremos aplicar los resultados del estudio.

En esta investigación corresponde a la población de derechohabientes del ISSSTE que residen actualmente en las colonias asignadas al consultorio del INMECAFÉ. Hasta el 05 de octubre de 2007, se contabilizaron a 786 personas[b], incluyendo derechohabientes[c] y beneficiarios[d],[19].

De estos datos se seleccionaron aquellos con la característica de derechohabientes para tomar en cuenta como unidad de análisis la vivienda[7], resultando una población de 398. La distribución de derechohabientes y beneficiarios por sexo correspondió a 349 hombres y 436 mujeres.

De acuerdo con Cortés S. C. Una muestra es un grupo seleccionado de la población definida, puede ser grande o pequeño, siendo requisito indispensable que represente a su población[20], debido a ello se realizó un muestreo aleatorio simple a partir de tener identificada, delimitada y definida la población del consultorio auxiliar INMECAFÉ.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2 \times P\ (1-P)}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.5\ (1-0.5)}{0.05^2}$$

$$n_0 = \frac{3.8416 \times (0.5)(0.5)}{0.025}$$

$$n_0 = \frac{09604}{0.025} = 384 - 385$$

$$n/N \longrightarrow \begin{matrix} n = \text{muestra inicial (385)} \\ N = \text{población (398)} \end{matrix} \longrightarrow 385 \sim 398 = 0.9673$$

Si el resultado de n / N es mayor de 0.05 se ajusta la muestra, en este caso 0.9673 > 0.05

$$n = \frac{n_0}{1 + n0/N} = \frac{385}{1+385/398} = 195.69 \sim 196$$

Criterios de inclusión:
- Todos los derechohabientes del ISSSTE usuarios del consultorio auxiliar del INMECAFÉ.
- Todos los derechohabientes que cuenten con domicilio registrado en las fichas de usuarios del Departamento de Vigencia de la Clínica Hospital ISSSTE-INMECAFÉ.
- Que en el momento de aplicación del cuestionario se encuentre en el domicilio una persona mayor de 18 años para participar en la encuesta.
- Que la persona desee participar voluntariamente en el estudio.

[b] *A partir de la revisión de las fichas de usuarios del Departamento de Vigencia de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa. Octubre 2007.*

[c] *Personas afiliadas a algún plan, programa o institución de salud o seguridad social, que ostenta la titularidad de los derechos.*

[d] *Personas a quienes se les extiende el derecho a recibir los servicios médicos que otorga la institución de salud por parentesco, dependencia económica o convivencia con el asegurado.*

Criterios de exclusión
- Que el domicilio del derechohabiente se encuentre fuera del área de influencia del consultorio auxiliar del ISSSTE-INMECAFÉ.
- No se cuente con el domicilio completo.

Criterios de eliminación
- Que el derechohabiente haya cambiado de domicilio.
- Que al momento de la aplicación de la encuesta no se encuentre algún habitante.
- Que en la vivienda no se encuentre una persona mayor de 18 años que proporcione la información.
- Que los habitantes no quieran participar en el estudio.

1. Para la selección de las unidades se utilizó una lista de números aleatorios obtenida con el programa Microsoft Excel a partir de los domicilios de los derechohabientes.

2. Se seleccionó un porcentaje estimado adicional (20 por ciento) de unidades de muestreo (viviendas) para los casos en que aplicó algún criterio de eliminación, resultando 235 unidades.

3. Se identificaron y ubicaron las unidades en el listado poblacional.

5. Se realizó la aplicación de cuestionarios

6. Cuando no se encontró a alguna persona mayor de 18 años en la vivienda al momento de la aplicación de la encuesta o cuando la persona no quiso participar en el estudio se sustituyó el domicilio por otro de la misma colonia a partir del listado elaborado.

6.1.3. Priorización de daños

6.1.3.1. Aspectos básicos

De acuerdo con Ladrón de Guevara E. la priorización de daños a la salud significa establecer un orden de importancia de las diferentes patologías que afectan a una población[21]. El propósito de priorizar los daños a la salud es debido a que:

- El número de causas de enfermedad o muerte puede oscilar alrededor de 1000 causas diferentes.
- Investigar y atender todas ellas implicaría disponer de tiempo y recursos infinitos.
- Es importante optimizar los recursos (tiempo y recursos financieros).

Una vez definidos los daños a la salud que principalmente afectan a la población en estudio se pueden describir, analizar o comparar más fácilmente según sea el objetivo de la investigación.

6.1.3.2. Criterios de priorización

Para la priorización de morbilidad y mortalidad se tomaron en cuenta los siguientes criterios[21]:

-Magnitud. Número de casos que se presentaron por evento; se midió con las tasas específicas por causa de morbilidad y mortalidad.
- Trascendencia: Es el impacto social que un daño en particular tiene en la sociedad y el indicador que se utilizó fue años de vida potencialmente perdidos (AVPP).
- Vulnerabilidad. Se refiere a la capacidad que tienen los servicios de salud para atender el daño, se midió mediante la razón estandarizada de mortalidad (REM). Únicamente se utilizó para priorizar mortalidad.

6.1.3.3. Proceso de priorización y resultados

Para la priorización de morbilidad se obtuvo la incidencia de los daños que se presentaron en el consultorio auxiliar del ISSSTE-INMECAFÉ, en el año 2006, a partir de los registros del Sistema de Información local (SIEL) del Departamento de Estadística de la Clínica Hospital Xalapa, se seleccionaron los casos que sumaban 75 por ciento del porcentaje acumulado. Posteriormente se agruparon las patologías resultantes de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE 10); se calculó la magnitud a partir de dividir la incidencia de cada uno de los daños entre la población en riesgo del año 2006 multiplicado por 1000; la trascendencia resultó de dividir el número de defunciones por cada causa entre la población en riesgo del mismo año multiplicado por 1000; por último estos dos indicadores (tasa de incidencia y tasa de mortalidad por causa) se multiplicaron para obtener las tres causas de morbilidad con mayor puntaje (Anexo 1, tabla 1), resultando:

1. Infecciónrespiratoriaaguda (IRAs)
2. Hipertensión arterial (HTA)
3. Enfermedad diarreica aguda (EDA)

Para la priorización de mortalidad se tomaron las muertes registradas en el SIEL de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa en el 2006 (población de referencia por tener características similares a la población en estudio). El total de cada causa de fallecimiento se dividió entre la población

en riesgo de ese año y se multiplicó por 1000 para obtener la tasa de mortalidad por causa. Para obtener la trascendencia se calcularon los AVPP a través del cálculo de las muertes por causa y por grupo de edad, el punto medio del intervalo de edad (PMI), la diferencia de la esperanza de vida (EV) para el 2006 (75 años) menos el PMI. Por último se multiplican las defunciones (D) por EV-PMI. Para la REM se obtuvieron las tasas de mortalidad específica por causa y grupo de edad de la población de referencia (mortalidad de los derechohabientes del ISSSTE a nivel nacional en el año 2005), y se ajustaron las muertes hospitalarias de la población en estudio por causa y edad. Por último se multiplicaron los datos de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad para obtener las tres primeras causas (Anexo 1, tabla 2):

1 Infecciónrespiratoriaaguda
2. Diabetes mellitus (DM)
3. Cirrosis

6.1.4. Definición de variables e indicadores para el análisis

6.1.4.1. Demográfico

Este apartado tiene como propósitos conocer los patrones demográficos y utilizando indicadores de estructura (edad y sexo) y distribución, con ello ayudar a orientar los servicios de salud hacia donde las necesidades sean mayores o se considere que puedan serlo. La evolución de los patrones demográficos es una variable esencial para estimar la demanda de los sistemas y servicios de salud[22].

A continuación se presentan las variables demográficas que se incluyeron en la presente investigación así como sus correspondientes definiciones operacionales e indicadores. (Anexo 2, tabla 3)

• Edad: edad proporcionada por el encuestado de cada uno de los integrantes de la vivienda. En caso de haber sido menor de 5 años se indicó en años y meses. Indicador: porcentaje de la población por grupos quinquenales.
• Sexo: el que haya sido declarado por el encuestado de cada uno de los integrantes de la vivienda. Indicador: frecuencia absoluta de sexo, razón hombre mujer y porcentaje de la población por sexo.
• Lugar de residencia: colonia donde vive la persona de manera habitual al momento de la encuesta. Indicador: porcentaje de la población que reside en las diferentes colonias.
• Condición de actividad económica: Personas de 12 años y más de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o no se encontraban en las siguientes categorías: estudiantes, incapacitados permanentemente para trabajar, jubilados o pensionados, dedicadas a los quehaceres del hogar. Indicador: Porcentaje de población económicamente activa ocupada (PEAO), población económicamente activa desocupada (PEAD), población económicamente inactiva (PEI). (Anexo 2 tabla 3)

6.1.4. 2. Epidemiológico

En este análisis se estudiaron dos variables:
• Morbilidad, que se define como el alcance de la enfermedad, lesión o discapacidad en una población dada. Estado de enfermedad. Acción de la enfermedad[23].
• Mortalidad, se refiere a las defunciones ocurridas en una población determinada. Se suele expresar en tasa por mil respecto del total de la población[11].

En cuanto a la primera variable se abordaron los siguientes daños a la salud, (considerados dimensiones para facilitar su medición): infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda e infección de vías urinarias (IVU), medidos por medio de tasas de incidencia y tomando en cuenta aquellos casos que se presentaron 30 días previos a la encuesta de cada uno de los habitantes de la vivienda reportados por la persona entrevistada; así como todos los casos conocidos hasta el momento de la encuesta de hipertensión arterial, diabetes Mellitus Tipo 2 y alcoholismo, medidos por medio de tasas de prevalencia. (Anexo 2, tabla 4).

En cuanto a mortalidad se incluyeron: todos aquellos casos de diabetes mellitus, cirrosis, infarto al miocardio, hipertensión arterial y accidentes de tráfico por vehículo de motor ocurridos del año 2000 al 2007 y fueron medidos por medio de tasas de mortalidad por causa. (Anexo 1, tabla 4)

6.1.4.3. Daños priorizados

A partir de los criterios de priorización ya descritos en el apartado 3.1.3 se realizó una selección de daños que fueron comunes a varios equipos del grupo de la maestría en Salud Pública y ubicados en diferentes unidades de salud en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Posteriormente se estudió cada uno para definir sus factores de riesgo. A continuación se presentan los daños a los que se hace referencia, sus definiciones operacionales e indicadores. (Anexo 2, tabla 5)

• Infección respiratoria aguda. Casos reportados por el encuestado de IRAs en <5años y >60 años en los 30 días previos a la encuesta. Indicador: tasa de incidencia.
• Enfermedad diarreica aguda. Casos reportados por el encuestado de EDA en <5años en los 30 días previos a la encuesta. Indicador: tasa de incidencia.
• Infección de vías urinarias. Casos reportados por el encuestado de IVU en mujeres >15años en los 30 días previos a la encuesta. Indicador: tasa de incidencia.
• Hipertensión arterial. Casos conocidos y reportados por el encuestado de HTA hasta el momento de la encuesta. Indicador: tasa de prevalencia (para análisis de morbilidad). Casos de muerte por HTA ocurridos del año 2000 al 2007. Indicador: tasa de mortalidad (para análisis de mortalidad).
• Diabetes mellitus: Casos conocidos y reportados por el encuestado de DM2 hasta el momento de la encuesta. Indicador: tasa de prevalencia (para análisis de morbilidad). Casos de muerte reportados por el encuestado atribuibles a DM2 y ocurridos del año 2000 al 2007. Indicador: tasa de mortalidad (para análisis de morbilidad).
• Infarto agudo del miocardio. Casos de muerte reportados por el encuestado atribuibles a IAM y ocurridos del año 2000 al 2007. Indicador: Tasa de mortalidad
• Cirrosis. Casos de muerte reportados por el encuestado atribuibles a cirrosis y ocurridos del año 2000 al 2007. Indicador: tasa de mortalidad.
• Accidentes de tráfico por vehículo de motor. Casos de muerte por accidente de tráfico por vehículo de motor reportados por el encuestado y ocurridos del año 2000 al 2007. Indicador: tasa de mortalidad.
• Alcoholismo. Personas >12 años reportadas por el encuestado que consumen más de siete cervezas o copas a la semana. Indicador: tasa de prevalencia.

6.1.4.4. Factores de riesgo para los daños priorizados

Cada uno de los daños identificados en el apartado anterior fue estudiado detalladamente, basándose en múltiples fuentes bibliográficas para determinar los factores[e] que son considerados en la actualidad como riesgo para desarrollar la enfermedad o riesgo para presentar alguna situación que provoque daños a la salud.

Los factores de riesgo para los daños priorizados descritos en la literatura y en artículos científicos son múltiples y a continuación se presentan únicamente aquéllos que se consideraron en posibilidad de ser medidos en la población a través de la encuesta. (Anexo 1, tabla 6, 7, 8, 10, 11,13)

• Factores de riesgo para morbilidad por infección respiratoria aguda. (Anexo 2 tabla 7)
a) Edad: menor de 5 años y mayor de 60 años
b) No haber recibido lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (en el caso de los menores de 5 años)
c) Esquema de vacunación incompleto (en los menores de 5 años)
d) Exposición a humo de leña o carbón (utilizado como combustible en algunas viviendas)
e) Presentar inmunosupresión (DM, cáncer, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)
f) Fumador pasivo (exposición a humo de tabaco, ya sea dentro o fuera de la vivienda)
g) Hacinamiento
h) Falta de capacitación en el manejo de IRAs de los responsables de los menores de 5 años y los mayores de 60
i) Analfabetismo (en los responsables de los menores de 5 años y los mayores de 60)
j) Índice de calidad de la vivienda menor a tres puntos (de acuerdo al material de construcción de paredes, techo y hacinamiento) (Ver anexo 2, tabla 7)

Indicadores: Frecuencia absoluta y porcentaje de cada uno de los factores.

• Factores de riesgo para morbilidad por enfermedad diarreica aguda: (Anexo 2, tabla 8)
a) Edad: menores de 5 años
b) Higiene personal inadecuada (tanto del menor de 5 años como de la persona responsable de él): incluyendo no lavarse las manos antes de comer y no lavarse las manos después de ir al baño
c) Higiene alimentaria inadecuada: no lavarse las manos antes de preparar los alimentos, no lavar ni desinfectar frutas y verduras antes de comerlas, ingerir agua no hervida o no purificada
d) Ausencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida
e Nivel educativo bajo de las personas responsables del menor de 5 años (no haber concluido la primaria)
f) Índice de calidad de la vivienda menor a cinco puntos (de acuerdo a disponibilidad de agua entubada, energía eléctrica, drenaje, cocina exclusiva y material de construcción de pisos) (Ver anexo 2, tabla 8)

[e] *Es aquél que estando presente (o ausente) modifica la frecuencia de la enfermedad (o del evento o desenlace de interés)*

Indicadores: frecuencia absoluta y porcentajes de cada uno de los factores

• Factores de riesgo para morbilidad por infección de vías urinarias: (Anexo 2, tabla 9)
a) Sexo: se considera factor de riesgo al sexo femenino
b) Inmunosupresión: DM, Cáncer, VIH, SIDA
c) Alimentación inadecuada: consumo diario de alimentos con alto contenido de nitritos y sodio, e ingesta diaria de líquidos insuficiente
d) Higiene inadecuada: mala técnica de limpieza en la micción, uso de baños públicos o letrinas, no realizar baño diario
e) Prácticas sexuales de riesgo: no usar preservativo

Indicadores: frecuencia absoluta y porcentajes de cada uno de los factores

• Factores de riesgo para mortalidad y morbilidad por hipertensión arterial: (Anexo 2,tabla 10)
a) Edad: mayor riesgo para enfermar a partir de los 20 años de edad. Mayor riesgo de morir a partir de los 55 años
b) Sexo masculino
c) Mala adherencia al tratamiento indicado por el médico
d Antecedentes heredofamiliares de HTA, DM2, obesidad
e) Tabaquismo
f) Sedentarismo
g) Obesidad
h) Consumo de alcohol
i) Hipercolesterolemia
j) Diabetes mellitus
Indicadores: frecuencia absoluta y porcentaje de cada uno de los factores

• Factores de riesgo para morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus (Anexo 2, tabla 11)
a) Edad: mayor riesgo de enfermar o morir a partir de los 45 años
b) Sexo masculino
c) Tabaquismo: mayor riesgo al fumar más de 10 cigarros al día
d) Alcoholismo: consumo de bebidas alcohólicas 2 o más veces por semana
e) Alimentación no saludable: alta en carbohidratos
f) Tipo de servicio de salud: mayor riesgo de morir cuando no acude a una institución de salud
g) Complicaciones de la diabetes mellitus

• Factores de riesgo para infarto agudo al miocardio: (Anexo 2, tabla 12)
a) Edad: mayores de 40 años
b) Tabaquismo
c) Sedentarismo: ausencia de ejercicio en su vida cotidiana
d) Obesidad
e) Hipertrigliceridemia
f) Hipercolesterolemia

• Factores de riesgo para mortalidad por cirrosis: (Anexo 2, tabla 13)
a) Sexo masculino
b) Obesidad
c) Sedentarismo
d) Alcoholismo: consumo de bebidas alcohólicas 3 o más veces por semana

• Factores de riesgo para alcoholismo (morbilidad: (Anexo 2, tabla 14)
a) Edad: 12 años y más
b) Sexo masculino
c) Antecedentes familiares de alcoholismo (padres)

• Factores de riesgo para morbilidad y mortalidad en accidentes de tráfico por vehículo de motor: (Anexo 2, tabla 15)
a) Edad: mayor riesgo de los 16 a 29 años de edad
b) Sexo masculino
c) No usar cinturón de seguridad
d) Conducir a exceso de velocidad
e) Conducir vehículo de motor cuando se han ingerido bebidas alcohólicas
f) No usar casco
g) No usar silla para bebé
h) Malas condiciones del vehículo
i) Vehículos pequeños
j) Hora a la que se conduce: factor de riesgo entre las 19:00hrs y las 05:00 hrs. Día en que se conduce: factor de riesgo viernes, sábado y domingo. Mes en que ocurrió el accidente: diciembre. (únicamente como factores de riesgo para mortalidad)

6.1. 4. 5. Recursos, servicios y programas de salud

Las variables e indicadores para el análisis de este apartado fueron las siguientes:

• Rendimiento de consultas por hora médico (para el análisis de la productividad de los servicios de salud): total de consultas efectuadas por el personal médico en un

mes dividido entre el total de horas que laboraron todos los médicos en el mismo período. Indicador: promedio de consultas por hora médico.

• Cobertura de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas (para el análisis de los programas que se ofrecen relacionados con los daños priorizados): total de personas detectadas en la encuesta que declararon padecer alguna de las patologías crónicas priorizadas y que manifestaron estar en control médico, divididas entre el total de personas que declararon padecer dicho daño. Indicador: Porcentaje de cobertura de los programas de enfermedades crónicas priorizadas.

• Derechohabiencia (para el análisis de la demanda de servicios de salud por institución): personas de la familia que según el informante declaró que tienen derecho a los servicios de salud de cualquiera de las siguientes instituciones: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, ninguna. Indicador: porcentaje de personas según institución de derechohabiencia.

• Utilización de servicios de salud (para el análisis de la demanda de servicios de salud por institución): instituciones de salud que el informante declaró utilizan con mayor frecuencia los miembros de la familia: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, SESVER, privadas, tradicionales y otras. Indicador: porcentaje de familias según utilización de los servicios por institución. (Anexo 2, tabla 16)

6.1.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.1.5.1. Presentación y descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

La técnica empleada para la recolección de la información fue la encuesta y el instrumento por medio del cual se obtuvieron los datos necesarios para evaluar la situación de los daños priorizados en la población en estudio fue el cuestionario. Se contó con el apoyo de 15 estudiantes del tercer semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana para el levantamiento de la encuesta, previamente fueron capacitados sobre cómo llenar correctamente el cuestionario. Se realizó una lista de domicilios de los derechohabientes usuarios del consultorio auxiliar del ISSSTE-INMECAFÉ seleccionados en la muestra y a partir de ella se distribuyeron a cada uno de los alumnos para acudir por colonias a las viviendas correspondientes. Se aplicaron en total 196 cuestionarios en el período diciembre 2007 – enero 2008.

6.1.5.2. Descripción de los instrumentos utilizados para la recolección de la información

Se elaboró un cuestionario con 150 preguntas, dividido en secciones que facilitaron la posterior captura y análisis de datos. A continuación se enlistan las secciones incluidas y una breve descripción del contenido de las mismas:

I. Identificación. Domicilio, tipo de localidad, Asistencia a la institución de seguridad social; antigüedad de asistencia y frecuencia al año.

II. Características sociodemográficas. Total de habitantes por vivienda, nombre, edad, sexo, parentesco, derechohabiencia, institución de salud a la que acuden con mayor frecuencia, antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus 2 e hipertensión, opinión de la calidad del servicio de salud que utilizan.

III. Personas de 12 años cumplidos y más en relación a la condición de actividad económica, alfabetismo, escolaridad, tabaquismo.

IV. Personas de 12 años cumplidos y más en relación alcoholismo.

V. Personas de 12 años cumplidos y más en relación a actividad física y obesidad.

VI. Defunciones. Nombre, edad, sexo, causa de muerte y factores de riesgo relacionados (obesidad, tabaquismo y alcoholismo)

VII. Vivienda. Material de construcción, disponibilidad de agua entubada y tratamiento de la misma, cocina, dormitorios, disponibilidad de drenaje, excusado y electricidad, combustible para cocinar, manejo de basura, higiene alimentaria, nivel de vida.

VIII. Salud en el menor de 5 años. Peso al nacimiento, lactancia materna exclusiva, ablactación, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, peso y talla actual, esquema nacional de vacunación.

IX. Responsable del menor de 5 años. Higiene personal y alimentaria de él mismo y del menor de 5 años, capacitación para manejo de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas.

X. Adulto mayor. Infecciones respiratorias y atención médica que recibió, vacuna contra neumococo e influenza, antecedentes personales de cáncer, diabetes mellitus, hipertensión y otras.

XI. Diabetes mellitus. Tratamiento farmacológico y no farmacológico, tiempo de padecer la enfermedad, complicaciones. Defunciones por diabetes en la vivienda.

XII. Hipertensión arterial. Tiempo de padecer la enfermedad, tratamiento, asociación de otras enfermedades; defunciones por hipertensión en la vivienda, actividad física y antecedentes familiares de la enfermedad en familiares del fallecido.

XIII. Infarto agudo al miocardio. Ejercicio físico, tabaquismo, dislipidemias.
XIV. Cirrosis hepática. Causa, derechohabiencia, alcoholismo, transfusión sanguínea.
XV. Infección de vías urinarias (mujeres de 15 años y más). Antecedente de infección en los últimos 30 días, enfermedades asociadas, higiene personal, ingesta de agua, alimentación, vida sexual, técnica de limpieza.
XVI. Accidentes de tráfico por vehículo de motor en relación al accidentado. Edad del accidentado, consecuencias, uso del cinturón de seguridad, exceso de velocidad, ingestión de bebidas alcohólicas, marca y tipo de vehículo, mantenimiento, hora, día y mes en que sucedió el accidente.
XVII. Accidentes de tráfico por vehículo de motor relación al conductor. Uso del cinturón de seguridad, exceso de velocidad, ingestión de bebidas alcohólicas, marca y tipo de vehículo, mantenimiento.

6.1.5.3. Validación de instrumentos

En primer lugar, se realizó la priorización de daños en cada unidad de salud[f]; posteriormente se especificaron los factores de riesgo para cada daño encontrado y se definieron las variables para cada factor; se incluyeron definiciones conceptuales, dimensiones, definiciones operacionales, fuentes, escalas de medición e indicadores; con dichos datos se elaboraron las preguntas del cuestionario (con una o varias opciones de respuesta) para posteriormente ser sometidas a dos revisiones con grupos de expertos y los integrantes de los equipos de cada sede; se realizó una sesión de autoaplicación (entre los integrantes de cada equipo), de la cual surgió un nuevo análisis con aportaciones que enriquecieron la forma y el contenido del cuestionario. Por último se efectuó una prueba piloto en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa el día 10 de diciembre del 2007, a partir de las 8:00 a.m. hasta las 12:30 p.m., a todos aquellos usuarios derechohabientes de la institución que aceptaron de manera voluntaria colaborar con el estudio; previamente se les explicó que la información aportada sería confidencial y únicamente utilizada con fines de investigación. Con los resultados obtenidos nuevamente se consideraron modificaciones pertinentes al instrumento para llegar al cuestionario final.

6.1.5.4. Resultados de la prueba piloto

Se aplicaron en total once cuestionarios; el promedio de duración de la aplicación fue de 30 minutos. Como resultado de la prueba piloto se obtuvieron una gran cantidad de observaciones para modificar preguntas y respuestas que fueron confusas tanto para el encuestado como para el encuestador, instrucciones incompletas o erróneas para el adecuado llenado de cada uno de los apartados y redefinición del formato.

Uno de los obstáculos que interfirieron en la aplicación de la encuesta fue el hecho de que los derechohabientes acudían a consulta médica y se les abordaba en el momento previo a la misma, lo cual interrumpía la interacción entre el encuestado y el encuestador, debido a tal hecho, en varias ocasiones no fue posible completar el cuestionario.

6.1.6. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.1.6.1. Procedimientos empleados para el procesamiento el procesamiento de la información

Los 196 cuestionarios obtenidos fueron capturados (por cada apartado el instrumento) en el programa estadístico SPSS versión 12.0. Como resultado se generó una amplia base de datos mediante la codificación de cada una de las preguntas y sus respectivas respuestas. En algunos casos fue necesario el análisis simultáneo de variables por lo que se utilizó también el programa EPI INFO versión 6.0.

6.1.6.2. Indicadores utilizados para la descripción de la información

• Características sociodemográficas: distribución por edad en grupos quinquenales y por sexo; razón hombre mujer; tasa bruta de mortalidad, natalidad, crecimiento natural y fecundidad general para el 2007; distribución de la población por lugar de residencia (colonia), por nivel de escolaridad (≥ 12 años), por condición de actividad económica (≥ 12 años); proporción de población analfabeta por sexo (≥ 15 años); distribución del nivel económico familiar; frecuencia de hacinamiento y proporción de viviendas en condiciones desfavorables.

• Identificación de los daños: para morbilidad se utilizó el indicador de incidencia acumulada general por edad y sexo en infecciónrespiratoriaaguda, enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias, accidentes de

[f] *Centros de salud, unidades de medicina familiar del ISSSTE, servicio médico de la Universidad Veracruzana, Casas de la Universidad, Clínicas del IMSS y escuelas de secundaria y bachillerato de la ciudad de Xalapa.*

tráfico por vehículo de motor, infarto agudo al miocardio; prevalencia se utilizó para los casos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, alcoholismo y tabaquismo; para mortalidad se utilizó la distribución anual de muertes por causa, sexo y grupo etáreo.

• Factores de riesgo para los daños priorizados: se emplearon el riesgo relativo (RR) para los factores de riesgo de enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, infección de vías urinarias y accidentes de transporte en vehículo de motor y la razón de momios (OR) para los factores de riesgo de diabetes, hipertensión arterial, cirrosis hepática, infarto agudo de miocardio.

• Recursos, servicios y programas de salud: los indicadores fueron distribución del tipo de derechohabiencia por edad y sexo, distribución por servicios de salud utilizados, distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud, distribución de < 5 años según esquemas de vacunación, proporción de pacientes diabéticos e hipertensos que reciben atención médica para su enfermedad, servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos e hipertensos a recibir atención médica, rendimiento de consultas hora-médico.

6.1.6.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Técnicas estadísticas:

Frecuencia. La frecuencia absoluta es el número total de eventos que se presentan por cada categoría. La frecuencia relativa es el número de eventos de cada categoría en relación con el total. Frecuencia relativa acumulada es el total de sujetos para la categoría considerada y las de menor cuantía en relación al total.
Proporción. Es el cociente de dos variables, el numerador está contenido en el denominador. Frecuencia con la que ocurre un evento en relación a la población total en la cual éste puede ocurrir.

Razón. Magnitudes que expresan la relación aritmética existente entre dos eventos en una población o un solo evento en dos poblaciones. Es el cociente de dos variables, los valores del numerador y del denominador son independientes, ninguno está contenido en el otro.

Tasa. Magnitud del cambio de una variable por unidad de cambio de otra en relación con el tamaño de la población que se encuentra en riesgo. Tasa de incidencia, incluye en el numerador todos los casos nuevos de evento de interés y en el denominador la población en riesgo a mitad de año del período estudiado. Tasa de prevalencia, incluye en el numerador todos los casos conocidos previamente del evento de interés y en el denominador la población en riesgo a mitad de año del período estudiado.
Técnicas epidemiológicas:

Riesgo relativo y razón de momios se refieren a la probabilidad de enfermar en el grupo expuesto a un factor determinado en contra del riesgo de enfermar en el grupo no expuesto. Cuanto más alto sea el riesgo relativo, mayor será la fuerza de la asociación con el factor de riesgo analizado.

6.2. Abordaje cualitativo

6.2.1. Tipo de estudio y diseño

Según el paradigma el estudio es interpretativo, ya que intenta captar el sentido de los actores sociales, teniendo como propósito captar las percepciones con sentido subjetivo.

6.2.2. Descripción del universo y muestra

La selección de la muestra responde a criterios estructurales y obedece a relaciones sociales que se establecen de acuerdo a los tipos sociales encontrados; en el consultorio auxiliar del ISSSTE-INMECAFÉ se encontraron los tipos sociales de usuarios-derechohabientes, prestadores de servicios de salud y directivos, cada uno de estos representa una variante discursiva[g-24], partiendo de las variantes se reconstruye la estructura que las sostiene.
El número de actuantes de cada tipo social es de dos, así se garantiza la saturación del campo y una escucha más completa.

Se empleó muestreo teórico, los casos a estudiar se seleccionan según el potencial para dar respuesta a las preguntas de investigación, refinar y/o expandir los conceptos ya desarrollados y comprender el mundo social desde el punto de vista de los actores sociales. La recolección y análisis se realizan al mismo tiempo[25].

El primer paso para realizar las entrevistas fue seleccionar las variantes discursivas de acuerdo al criterio de quién tiene información relevante, quién es más accesible física y socialmente, quién está dispuesto a informar y quién es capaz de proporcionar información precisa[24]. Identificados se programaron las fechas de realización.

[g] *Las variantes discursivas son lo visible y cada tipo social representa una variante discursiva.*

6.2.3. Definición de variables

6.2.3.1. Conceptos y subconceptos

Para el análisis cualitativo en primer lugar se definieron conceptos y subconceptos. Los conceptos son ideas abstractas generalizadas a partir de hechos empíricos, proporcionan sentido de referencia por lo que sugieren direcciones para la observación. Los conceptos se utilizan para iluminar los procesos y fenómenos sociales que nos son fácilmente perceptibles en las descripciones de casos específicos[25].

Los conceptos que se definieron en base a la preguntas de investigación fueron percepción y retos. A partir de cada uno de estos surgieron subconceptos; para definir los subconceptos se leyeron las entrevistas y se encontraron los temas que siendo diferentes a los definidos inicialmente (conceptos) tuvieran semejanzas subyacentes y a partir de ello se busco la o frase que transmitiera las similitudes. Para el concepto de percepción se encontraron y definieron subconceptos de salud, enfermedad, y padecimiento (tabla 1), y para el concepto de reto se identificaron subconceptos de capital, trabajo, atención, calidad, acciones de mejora y capacitación (tabla 2).

Tabla 1. Conceptos y subconceptos de percepción de la salud

Concepto	Subconcepto	Evidencia empírica
Percepción (PE) Sensación interior que resulta de una impresión material, conocimiento o idea[26].	Salud (PEs) Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*[]	Expresión de que la persona se sienta bien. Incluyendo bienestar mental, emocional y religioso, ya que si se está bien con estos aspectos el individuo cuenta con bienestar físico.
	Enfermedad (PEe) Proceso mediante el cual un individuo está expuesto a una serie de factores de riesgo que lo predisponen a presentar un malestar o dolencia.**	Proceso social mediante el cual un individuo hace referencia a un malestar o dolencia que rompe su equilibrio emocional y no tan solo físico.
	Padecimiento (PEp) Acción de padecer o sufrir daño, injuria, enfermedad.***	Experiencia subjetiva del individuo, donde puede percibirse como saludable hasta que un profesional de la salud le diga lo contrario.

Fuentes:

** Organización Mundial de la Salud. (acceso 18 de enero del 2007). Programas y proyectos. Gobernanza. Constitución de la Organización mundial de la salud. (20 paginas en pantalla). Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitucion_sp.pdf*

*** Hernández E. Aguilar S. Fernández G. Peralta A. Rodríguez T. Lizárraga N. Introducción a la Salud Pública. 2ª. México. Ed. Editorial Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 1996.*

**** Diccionario real academia española. Disponible en: http:// buscon.rae.es/drael. Revisado 18 de enero de 2008.*

Tabla 2. Conceptos y subconceptos de retos

Concepto	Subconcepto	Evidencia empírica
Retos (RE) Objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye un estímulo y un desafío para quien lo afronta; también como metas que una persona se propone y que no son fáciles de lograr	(REca) Economía[1] -Capital: Es uno de los factores de producción que requieren las empresas para alcanzar sus objetivos. El capital esta constituido por el conjunto de equipos y herramientas que requieren las unidades productivas para generar los productos; considerando la infraestructura física y social. Este factor tiende a facilitar el trabajo del hombre y hacerlo más productivo.*	Es la cantidad de recursos, bienes y valores disponibles que dentro de las Instituciones juega un papel de gran importancia para satisfacer una necesidad o llevar a cabo una actividad definida y generar un en particular.
	(REta) Economía -Trabajo: Es uno de los factores de producción que requieren las empresas para alcanzar sus objetivos. Dentro de este factor el trabajo del hombre anima la actividad productiva, dentro de esta actividad los individuos pueden organizarse en diferentes papeles de acuerdo a su posición dentro de la empresa.*	Personas que son contratadas por una empresa o institución para realizar una función determinada dentro del sector terciario o de servicios; en este caso el de brindar un servicio de salud.
	Atención (REat). El proceso de atención médica, se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan -en forma paralela- el otorgante de la atención médica, por una parte, y el cliente, por la otra. Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que determinada en primera instancia por variables de carácter social y psicosocial, dependiendo del entorno del individuo.**	Actividades que constituyen el proceso de atención médica que surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud.
	Calidad (REcal). Grado en que un conjunto de características cumple con los requisitos deseados. El término "calidad" puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente.***	La calidad es cumplir o mejorar las expectativas de los usuarios.
	Acciones de mejora (REam). Acciones encaminadas a realizar cambios en el proceso que nos permitan alcanzar mejores niveles promedio de calidad, para lo cual hay que atacar las causas comunes más importantes**	Propuestas encaminadas a mejorar los problemas existentes, de tal forma que las necesidades de salud sean cubiertas por la Institución responsable.
	Capacitación (REcap). La capacitación es un proceso continuo de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrolla las habilidades y destrezas de los servidores, que les permitan un mejor desempeño en sus labores habituales. Puede ser interna o externa, de acuerdo a un programa permanente, aprobado y que pueda brindar aportes a la institución.*****	Es complementar la educación académica del "empleado" por medio de conocimientos que lo preparen para emprender trabajos de mayor responsabilidad o que le permitan desempeñarse dentro de su puesto de manera eficiente y eficaz

Fuente:
** Ladrón de G.E Unidad de Bases económicas del diagnóstico de salud-Módulo de salud pública I. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. México. 14 de Noviembre del 2007. Comunicación directa.*
*** Arredondo L, Meléndez C. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. Rev. méd. Chile. [online]. abr. 2003, vol.131, no.4 [citado 22 Enero 2008], p.445-453. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000400014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.*
**** Amaya M. Sociología general. México: 10ª ed. Editorial Mc. Graw Hill; 1980.*
****** Zamora P. Manual del participante del curso calidad en el servicio. México. Ibalpe editores. 2000.*

6.2.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.2.4.1. Presentación y descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

La técnica empleada fue la entrevista focalizada[27], que se caracteriza por "contar con una lista de cuestiones a investigar derivadas del problema general que se está estudiando". Alrededor de éstos problemas se construyen una serie de temas a los cuales se focaliza la entrevista[24]. Para elaborar la guía de temas se tomó en cuenta la pregunta

de investigación para cada uno de los tipos sociales y se entrevisto a dos actuantes.

Como apoyo para la entrevista se uso observación, para lo cual se diseñó una guía de observación que incluyó los apartados de descripción del espacio y del contexto, conducta no verbal, descripción del nivel de entusiasmo, problemas de participación, incidentes, desviación de las preguntas tema y comentarios finales del observador.

6.2.4.2. Presenta y describe los instrumentos utilizados en la recolección de la información

6.2.4.2.1. Descripción de la validación de los instrumentos

La validación de las guías de entrevista se realizó mediante el siguiente proceso[28].

1. Diseño metodológico. Se realizó por medio de la construcción colegiada de preguntas para las entrevistas (tabla 3), en la que participaron docentes y estudiantes de la Maestría en Salud Pública. En este proceso se plantearon las preguntas de investigación, las técnicas e instrumentos para obtención de información y diseño de los instrumentos guía para entrevista y observación.

Tabla 3. Guía de temas para la entrevista focalizada

Usuarios	Prestadores de servicios de salud	Directivos
¿Tiempo que lleva de acudir a esta clínica de salud? ¿Cuál es el estado de salud que guardan las personas como usted, me puede hablar de esto? ¿Por qué llegó a eso?	¿Cargo que desempeña? ¿Tiempo laborando en este cargo? ¿Tiempo laborando en la institución? ¿Qué es para usted salud? A partir de lo referido, ¿cómo es la salud de los usuarios derechohabientes del ISSSTE? ¿Porqué piensa usted que sea así la salud de los derechohabientes?	¿Cargo que desempeña? ¿Tiempo laborando en este cargo? ¿Tiempo laborando en la institución? ¿Cuáles son los retos que actualmente tiene que enfrentar la institución? ¿Qué cosas tendrían que hacer para resolver estos retos? Las condiciones actuales que permanecen en esta institución ¿Favorecen cambios en el estado de salud?

Fuente: Guías de entrevista diseñada por alumnas y docentes de la maestría en Salud Pública Generación 2007-2009 del Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.

2. Selección de expertos de su realidad. En esta fase se decidió el incorporar a actores sociales de diferentes tipos para conocer la percepción del estado de salud de usuarios del ISSSTE-INMECAFÉ (directivos, prestadores de servicios de salud y usuarios) con quienes se realizó la entrevista focalizada.

3. Realización prueba piloto. Se llevaron a cabo 3 entrevistas focalizadas, una para cada variable discursiva, en la Clínica Hospital ISSSTE, Xalapa en el mes de enero del 2008; el propósito fue determinar si las preguntas establecidas en la guía de temas eran comprensibles y realmente inducían a los individuos a hablar libremente.

6.2.4.2.2. Presenta y describe los resultados de la prueba piloto

Se programaron y realizaron 3 entrevistas, una por cada variante discursiva. Las dirigidas a usuario y prestador de servicios de salud fueron llevadas a cabo en la Clínica Hospital ISSSTE, Xalapa y la dirigida al directivo en un consultorio de una unidad de medicina familiar.

Como resultado de la prueba piloto se encontró que los factores que facilitan la realización de la entrevista son contar con un espacio adecuado que proporcione privacidad, tranquilidad y libre de interrupciones en la medida de lo posible, así como un tiempo previamente establecido para realizar la actividad, de tal forma que se logre el rapport[h,29].

Algunos de los obstáculos que se presentaron en la prueba piloto fueron la grabación de las entrevistas, ya que en dos de los casos el entrevistado se veía limitado por la simple presencia de la grabadora. Por otro lado en la entrevista al directivo hubo algunas interrupciones por estar en horas laborales.

Elemento importante que cabe mencionar es la participación de una tercera persona, el observador, quien se encargó de registrar los eventos que no eran posibles de captar en la grabación, tales como la expresión corporal, nivel de entusiasmo, factores ambientales, etc. y que son relevantes para una adecuada interpretación posterior.

[h] *El rapport significa simpatía con los informantes, apertura de las personas en cooperar con el estudio, ser considerado como una persona de confiar, tener penetración en la vida cotidiana del entrevistado y compartir el mundo simbólico de los informantes, así como su lenguaje y sus perspectivas.*

6.2.5. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información.

6.2.5.1. Procedimientos empleados para el procesamiento de la información

En el análisis cualitativo la recolección de la información no constituye una etapa diferente del proceso de análisis. Esta etapa se hizo tomando en cuenta tres niveles de profundidad[30].

a) Reproducción fiel. Desde el inició de las entrevistas hasta la trascripción, para lo cual esta parte fue realizada en cada una de las entrevistas; se escucharon las cintas y se revisaron las notas recopiladas por el observador (contexto, espacio, conducta no verbal, nivel de entusiasmo de los participantes, etc.), el objetivo fue la identificación de nuevas vías de investigación, la evaluación del entusiasmo de los participantes, las posibles modificaciones a la guía de temas y la caracterización de los participantes.

b) Descripción. En esta fase se codifican las entrevistas. Las entrevistas se transcribieron sobre la mitad izquierda de una hoja y se realizaron varias lecturas del material, el lado derecho de la hoja se reservo para la codificación. Todas las trascripciones fueron leídas y se categorizaron los segmentos de trascripción identificando conceptos y subconceptos, fue conveniente la elaboración de un listado de códigos con los elementos suficientes para obtener el espectro del discurso en términos de generalidad, variabilidad y caso extremo.

c) Reconstrucción. La interpretación/comprensión se realizó a partir de la subjetividad adquirida por las investigadoras, recopilando lo obtenido en los niveles anteriores y reconstruyéndolos en conocimientos, creencias, otras expectativas, visiones y motivos, con los cuáles se tuvieron nuevos elementos para la construcción de proposiciones.

6.2.5.2. Indicadores utilizados para la descripción

Los indicadores para determinar la presencia o no de conceptos y subconceptos en las entrevistas fueron la generalidad (GE) cuando los conceptos y subconceptos se abordan en las dos variantes discursivas, variabilidad (Va) cuando el subconcepto se aborda en una variable discursiva y en otra no, y caso extremo (CA) cuando el subconcepto no se presentó en alguna variable discursiva.

6.2.5.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Se empleo análisis del discurso, con esta técnica se identifican dimensiones como son "el uso del lenguaje, la comunicación de creencias (cognición) y la interacción de situaciones de índole social" definiendo quién utiliza el lenguaje, cómo lo utiliza, por qué y cuándo lo hace.

Para el análisis del discurso se siguen los principios que plantea Van Dijk: texto y conversación naturales mediante la grabación de las entrevistas en audio y la trascripción como es (sin corregir); el discurso como práctica social de los actores sociales ya que el discurso refleja la práctica social en un contexto sociocultural, de tal forma que los usuarios del lenguaje participan del discurso no solo como personas individuales, sino también como miembros de diversos grupos, instituciones o culturas, en este caso se busca la relación entre la participación de los actores sociales en relación a su salud; categorías de los actores sociales, respetando las maneras como los mismos miembros de un grupo interpretan, orientan y categorizar las propiedades de su contexto social y su conducta en ese contexto discursivo, de tal forma que en la menor medida posible los analistas no impongan sus propias nociones ni categorías; secuencialidad, las unidades estructurales (oraciones, proposiciones, actos) se describen e interpretan en relación con las precedentes; contructivismo, esto es que las unidades constructivas se utilizan, comprenden o analizan como elementos de unidades superiores o mas amplias; niveles y dimensiones, el discurso se analiza en diversas capas, dimensiones o niveles y estos niveles se relacionan entre sí; sentido y función, buscando el sentido de las variantes discursivas respondiendo a las preguntas ¿qué quiso decir aquí? o ¿qué sentido tiene tal cosa en el contexto en cuestión? Y buscando el sentido funcional y explicativo de los actores sociales en el contexto específico "¿Por qué dice/se significa tal cosa en este contexto?"; cognición social, son los procesos y representaciones mentales, es decir que para comprender y explicar las variantes del discurso se remitirá a la mente de los actores sociales (usuarios del discurso), tomando en cuenta que la cognición constituye una interfaz entre el discurso y la sociedad[31].

7. RESULTADOS

7.1. Localización geográfica

Es fácil el acceso al consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ por estar localizado dentro de una zona urbana de la Cd. de Xalapa, Veracruz. Se ubica en la Calle Tuxtla Gutiérrez s/n, Col. Inmecafé. C.P. 91190.

El Consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ atiende a derechohabientes que viven o laboran[i] en las colonias comprendidas entre el Inmecafé y Las Ánimas[j]. Su población de responsabilidad son 786[k] derechohabientes (2007).

Colonias que integran el área de influencia del consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ:

1. Popular las Ánimas (INDECO)	2. Jardines de las Ánimas
3.Fuentes de las Ánimas	4.Vista Hermosa las Ánimas
5. SIPEH Ánimas	6. Dos vistas de las Ánimas
7. SAHOP	8. Acueducto Ánimas
9. Inmecafé	10. Pedregal de las Ánimas

7.2. Características físicas de la sede

El terreno donde se encuentra el consultorio auxiliar abarca 420.75m^2 y se distribuye entre los siguientes espacios que lo conforman para brindar atención médica y de enfermería: sala de espera, farmacia, sanitario, consultorio de enfermería y consultorio médico. Las instalaciones se encuentran en adecuadas condiciones generales, con buena iluminación y ventilación, con los servicios básicos de urbanización y áreas verdes.

7.3. Características del personal de salud

El personal de salud del consultorio está integrado por: el Dr. César Augusto Lara Hakim, es personal de base adscrito a la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa asignado al consultorio auxiliar Inmecafé; opera como Director administrativo y además es el responsable de brindar atención médica; su horario laboral es de 8:00 a 14:00 hrs. de lunes a viernes. Cuenta con Maestría en Ciencias con área de Farmacología Clínica realizada en la Universidad de la Habana, Cuba 1996-1998. Además se encuentra un pasante de enfermería por periodo de tres meses quien se encarga de realizar actividades de su área, y otras de tipo administrativo; actualmente estas actividades las realiza el Pasante de Enfermería Juan Vázquez Lara; su horario laboral es de 8:00 a 14:00 hrs. de lunes a viernes. Por último cabe mencionar a la Sra. Gema Hernández Ojeda, que aunque no se considera personal de salud se encuentra laborando dentro del consultorio auxiliar como encargada de limpieza. Es asignada por una compañía externa y labora en el mismo horario y días de la semana que el personal de salud.

7.4. Servicios que se ofrecen en la sede

Consulta externa de primer nivel de atención a la salud. Se encuentra organizada en tres tipos:

Previa cita: pacientes que no requieran atención médica inmediata o algún servicio de segundo nivel de atención en la Clínica-Hospital (por ejemplo oftalmología, otorrinolaringología) para la elaboración del formato de referencia, es decir, se programa una cita cuando se tiene conocimiento de lo que el paciente necesita.

Programada: pacientes que acuden a valoración de su estado de salud posterior a presentar una enfermedad aguda o crónica y de tal manera dar seguimiento.
Espontánea: pacientes que presenten un padecimiento agudo; es decir pueden acudir en el momento justo en que necesiten la atención médica.

Procedimientos de enfermería no indicados por el médico del consultorio, es decir aplicación de inyecciones (con prescripción médica no necesariamente del responsable del consultorio de Inmecafé), toma de presión arterial y en general de signos vitales y medidas antropométricas.

Prevención y promoción de la salud. Se lleva a cabo en cada consulta y de manera individual a través de recomendaciones, pláticas y distribución de material educativo y/o informativo como folletos.

Es importante mencionar que en este consultorio auxiliar no se realiza atención médica de urgencia por condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que de ser necesario se canaliza a los pacientes al segundo nivel de atención.

7.5. Resultados derivados del análisis cuantitativo

En los siguientes apartados se integra la información obtenida en la encuesta realizada en el período de diciembre del 2007 y enero del 2008 a derechohabientes del consultorio auxiliar del ISSSTE-INMECAFÉ en siete de las colonias que corresponden su área de responsabilidad.

---

[i] *Secretaría de Comunicaciones y Transportes y Secretaría de Desarrollo Social.*

[j] *Popular las Ánimas (INDECO), Fuentes de las Ánimas, SIPEH (Ánimas), SAHOP, Jardines de las Ánimas, Vista Hermosa las Ánimas, Dos vistas de las Ánimas, Acueducto Ánimas y Pedregal de las Ánimas.*

[k] *De acuerdo al conteo de fichas técnicas del departamento de archivo de la Clínica Hospital Xalapa.*

7.5.1. Características sociodemográficas

De las 196 viviendas encuestadas se encontró que la población masculina fue de 310 hombres que representan el 43.6 por ciento; y la población femenina fue de 401 mujeres, representando el 56.3 por ciento de la población total, como se puede apreciar en las tablas 4 y 5. Por lo tanto se afirma que en la población derechohabiente del ISSSTE-INMECAFÉ existe mayor número de mujeres que de hombres. Cabe destacar que en los grupos de 0 a 4, 10 a 14 y 60 a 64 años, son las excepciones en las que hay mayor número de hombres que de mujeres como se aprecia en la tabla1.

En la distribución de los grupos de edad se observó que el grupo de mayor proporción es el de 20 a 24 años (10.1 por ciento) y la población que reporta la menor proporción es la que se encuentra en el grupo de 0 a 4 años (4.1 por ciento) tal y como se aprecia en la tabla 4 y en el gráfico 1.

Tabla 4. Distribución por edad y sexo en grupos quinquenales en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total	Porcentaje
0 a 4	17	12	29	4.1
5 a 9	25	27	52	7.3
10 a 14	20	19	39	5.5
15 a 19	25	44	69	9.7
20 a 24	30	42	72	10.1
25 a 29	25	34	59	8.3
30 a 34	18	28	46	6.5
35 a 39	21	36	57	8.0
40 a 44	25	30	55	7.7
45 a 49	28	32	60	8.4
50 a 54	19	30	49	6.9
55 a 59	13	22	35	4.9
60 a 64	17	16	33	4.6
65 y más	26	29	55	7.7
No especificado	1	0	1	0.1
TOTAL	310	401	711	100.00

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Con respecto a la razón hombre-mujer observada en la población del ISSSTE-INMECAFÉ, se tiene que por cada 10 mujeres hay 7 hombres, tal y como se muestra en la siguiente tabla.

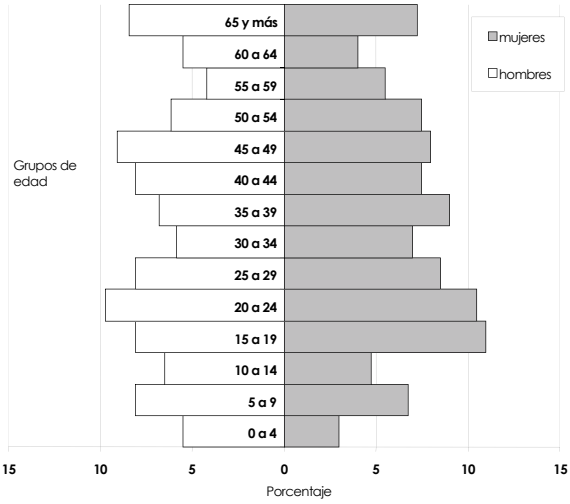
Tabla 5. Razón hombre:mujer en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Hombres	310
Mujeres	401
H:M	0.77

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Al observar la pirámide poblacional se aprecia que tiene una base estrecha, ensanchándose progresivamente hacia el centro, disminuyendo lentamente hacia el vértice. Por lo cual decimos que su forma se asemeja a la denominada de bulbo, siendo característica de poblaciones regresivas con un marcado proceso de envejecimiento, ya que se puede observa claramente que los grupos de 60 años y más, están aumentando considerablemente en comparación con los grupos de 0 a 4 años, lo cual es característico de países que están pasando por una transición demográfica, sin embargo, actualmente hay mayor población en los grupos de 15 a 19 años y en el de 20 a 24 años.

Gráfico 1. Pirámide poblacional de los derechohabientes del ISSSTE-inmecafé 2007



Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Se realizó el cálculo de tasas obteniendo con respecto a la tasa bruta de mortalidad que en el 2007 ocurrieron un poco más de ocho defunciones por cada mil habitantes. En cuanto a la tasa bruta de natalidad se encontró que para el 2007 hubo un nacimiento por cada 1000 habitantes. Lo cual se ve reflejado al haber calculado la tasa de crecimiento natural que resulta de restar los nacimientos menos las defunciones, resultando

una diferencia negativa de -7.03, lo cual indica que las defunciones supera al total de nacimientos ocurridos en la población. Con respecto a la tasa de fecundidad general se observó que en el 2007 hubo un poco más de cuatro nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. (tablas 6 a 9).

Tabla 6. Tasa bruta de mortalidad (TBM), ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Año	Fallecimientos
2000	1
2001	2
2002	2
2003	3
2004	2
2005	1
2006	2
2007	6
Total	19
Total de personas	711
Tasa bruta de mortalidad *1000	8.44

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Tabla 7. Tasa bruta de natalidad (TBN), ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Nacimientos	1
Total de personas	711
TBN *1000	1.41

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Tabla 8. Tasa de crecimiento natural (TCN). ISSSTE- INMECAFÉ. 2007

Tasa bruta de natalidad	1.41
Tasa bruta de mortalidad	8.44
TCN	-7.03

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Tabla 9. Tasa de fecundidad general (TFG), ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Nacimientos en 2007	1
Mujeres en edad fértil (15 - 49 años)	246
TFG *1000	4.07

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Con respecto al nivel educativo[I] de los derechohabientes, los resultados obtenidos muestran que son personas con estudios completos que van desde primaria representado por un 10.8 por ciento a doctorado con un 0.7 por ciento, observándose que el mayor porcentaje de la población tiene licenciatura con un 33.6 por ciento (tabla 10).

Tabla 10. Distribución por nivel de escolaridad (12 años y más), ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

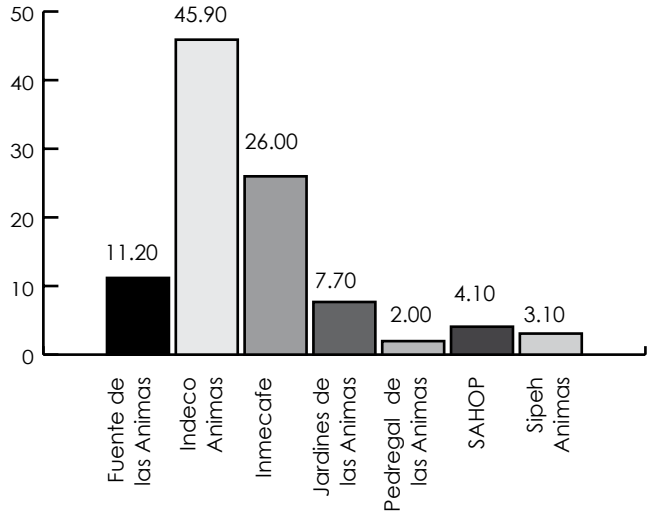
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	17	2.8
Primaria	66	10.8
Secundaria	95	15.5
Carrera técnica o comercial (despues de la secundaria)	36	5.9
Bachillerato	133	21.8
Carrera técnica o comercial (despues de la preparatoria)	27	4.4
Licenciatura	205	33.6
Maestría	27	4.4
Doctorado	4	0.7
NO SABE	1	0.2
Total	611	100.0

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Con respecto a la distribución de las viviendas de los derechohabientes encuestados se observó que la mayor proporción viven en la colonia Indeco Ánimas, representado por el 45.9 por ciento y en la colonia en la que menos derechohabientes encuestados se observaron fue en Pedregal de las Ánimas con 2.0 por ciento, tal y como se observa en el gráfico 2.

[I] *Nivel escolar alcanzado por las personas dentro del sistema educativo a nivel nacional.*

Gráfico 2. Distribución por colonias de las viviendas de los derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ



Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Así mismo se obtuvo la distribución por condición de actividad económica, reflejando que el 55.8 por ciento de los derechohabientes corresponden a población económicamente activa ocupada, 1.5 por ciento a población económicamente activa desocupada y el 42.1 por ciento a población económicamente inactiva conformada por estudiantes, personas que se dedican a los quehaceres del hogar y jubilados o pensionados. (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución por condición de actividad económica (12 años y más), ISSSTE-INMECAFÉ, 2007*

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Trabajó	336	55.0
Tenía trabajo pero no trabajó	5	0.8
Buscó trabajo	9	1.5
Estudiante	143	23.4
Quehaceres del hogar	64	10.5
Jubilado o pensionado	41	6.7
No trabaja	9	1.5
NO SABE	4	0.7
Total	611	100
* De acuerdo a la semana anterior		

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

El nivel económico familiar resultó reflejado por un 82.7 por ciento como nivel medio, seguido por el nivel alto en un 17.3 por ciento; no se encontró ninguna persona con nivel económico bajo. (Tabla12)

Tabla 13. Distribrución del nivel económico familiar en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Nivel económico	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	34	17.3
MEDIO	162	82.7
Total	196	100.0

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Hay hacinamiento en 13 de las 196 viviendas encuestadas, encontrando que los derechohabientes encuestados resultaron positivos para esta variable de acuerdo al número de cuartos que utilizan para dormir en relación con las personas que habitan la vivienda, y las 183 viviendas restantes dieron resultados negativo a la variable hacinamiento. (Tabla 13)

Tabla 13. Frecuencia de hacinamiento en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

	Frecuencia	Porcentaje
Con Hacinamiento	13	6.6
Sin Hacinamiento	183	93.4
Total	196	100

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

En cuanto a la proporción de las condiciones de las viviendas fue de 6.6 por ciento y 93.36 por ciento son favorables; lo cual concuerda con lo descrito anteriormente en relación al hacinamiento.

7.5.2. Identificación de los daños

Para esté apartado se describen los resultados obtenidos mediante indicadores de incidencia acumulada para la variable morbilidad en las siguientes dimensiones: IRAs en niños menores de 5 años, IRAs en adultos de 60 años y más, EDAs en niños menores de 5 años, IVU en mujeres de 15 años y más.

Con lo que respecta a IRAs en niños menores de 5 años, la incidencia acumulada general nos muestra que se presentaron un poco más de 44 casos nuevos de IRAs en niños menores de 5 años por cada 100 niños de este grupo de edad en el consultorio ISSSTE Inmecafé. En cuanto a las incidencias acumuladas por sexo se observó que se presentaron casi 53 casos nuevos de IRAs en niños menores de 5 años de sexo masculino por cada 100 niños

de este grupo de edad, en cuanto al sexo femenino se presentaron 75 casos nuevos de IRAs por cada 100 niños de este grupo de edad. (Tabla 14)

La incidencia acumulada por cada grupo de edad nos refleja lo siguiente: en el grupo de niños de 1 año se presentaron un poco más de 77 casos nuevos de IRAs por cada 100 niños de ese grupo, en el caso del grupo de niños de 2 años se presentaron 50 casos nuevos de IRAs por cada 100 niños de ese grupo, para el grupo de niños de 4 años se presentaron 25 casos nuevos de IRAs por cada 100 niños de ese grupo y por último en el grupo de 4 años se presentaron al igual que en el grupo de 3 años 25 casos nuevos de IRAs por cada 100 niños de ese grupo. (Tabla 14)

Tabla 14. Incidencia de Infección respiratoria aguda por edad y sexo en <5años durante el mes previo al levantamiento de la encuesta, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Edad en años	Hombres con IRA	Mujeres con IRA	Total	Total de hombres	Total de mujeres	Total	Incidencia en hombres	Incidencia en mujeres	Total**
1	4	3	7	5	4	9	80	75	77.8
2	2	0	2	2	2	4	100	0	50.0
3	1	1	2	5	3	8	20	33	25.0
4	2	0	2	5	3	8	40	0	25.0
Total	9	4	13	17	12	29	52.9	33	44.8

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

En el caso de los adultos de 60 años y más en cuanto a IRAs presentadas durante el mes previo a la entrevista, la incidencia acumulada general reportó que se presentaron un poco más de 72 casos nuevos de IRAs por cada 100 personas mayores de 60 años de edad en el consultorio ISSSTE Inmecafé. La incidencia acumulada por sexo indicó que se presentaron un poco más de 44 casos nuevos de IRAs en adultos de 60 años y más del sexo masculino por cada 100 personas mayores de 60 años de edad en el consultorio ISSSTE Inmecafé. En cuanto al sexo femenino la incidencia acumulada general reportó que se presentaron poco más de 26 casos nuevos de IRAs en adultos de 60 años y más en el consultorio ISSSTE Inmecafé. (Tabla 15)

Tabla 15. Incidencia de Infección respiratoria aguda en personas de 60 años y más durante el mes previo a la encuesta, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Sexo	Frecuencia	Incidencia
Hombre	19	61.3
Mujer	12	38.7
Total	31	100

**Infecciones respiratorias agudas.*
Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008

En cuanto a EDAs en niños menores de 5 años no se pudo calcular la incidencia acumulada ya que la frecuencia de esta enfermedad resulto de cero casos, lo cual se atribuye a la época del año en la que se recabó la información ya que fue en temporada de invierno donde se presentan más IRAs.

Con respecto a la incidencia acumulada general de IVU los resultados obtenidos reflejan que se presentaron un poco más de 4 casos nuevos de IVU en mujeres de 15 años y más durante el mes previo a la entrevista por cada 100 mujeres de este rango de edad en el consultorio ISSSTE Inmecafé. En lo que se refiere a los resultados obtenidos al calcular la incidencia acumulada para cada grupo de edad de interés epidemiológico los resultados de mayor importancia se reflejaron en los grupos de 30 a 34, 35 a 39, 50 a 59 años de edad, los cuales se pueden observar en la tabla 16, así como comprender mejor con las siguientes interpretaciones:

Tabla 16. Incidencia de Infección de vías urinarias en mujeres de 15 años y más en el mes previo a la entrevista, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Total de mujeres en riesgo	Incidencia
15 a 19	1	7	44	2.3
20 a 24	1	7	42	2.4
25 a 29	1	7	34	2.9
30 a 34	0	0	28	0.0
35 a 39	0	0	36	0.0
40 a 44	2	13	30	6.7
45 a 49	1	7	32	3.1
50 a 54	3	20	30	10.0
55 a 59	3	20	22	13.6
60 a 64	1	7	16	6.3
65 y más	2	13	29	6.9
Total	15	100	343	4.4

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

• No se presentó ningún caso nuevos de IVU en el grupo de mujeres de 30 a 34 y en el de 35 a 39 años de edad durante el mes previo a la entrevista por cada 100 mujeres de 15 años y más en el consultorio del ISSSTE Inmecafé.
• Se presentaron un poco más de trece casos nuevos de IVU en el grupo de mujeres de 55 a 59 años de edad, durante el mes previo a la entrevista por cada 100 mujeres de 15 años y más en el consultorio del ISSSTE Inmecafé.
• Se presentaron diez casos nuevos de IVU en el grupo de mujeres de 50 a 54 años de edad, durante el mes previo a la entrevista por cada 100 mujeres de 15 años y más en el consultorio del ISSSTE Inmecafé.

Con lo que respecta a los accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos mayores de 16 años durante los últimos ochos años, los resultados son los que se muestran en la tabla 17, encontrando los siguientes hallazgos:

• La incidencia acumulada nos refleja que se presentaron poco más de ocho casos nuevos de accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos mayores de 16 años durante los últimos ochos años, por cada 100 personas del grupo de edad del consultorio del ISSSTE Inmecafé.
• La incidencia acumulada por sexo indicó que se presentaron poco más de once casos nuevos de accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos de sexo masculino mayores de 16 años durante los últimos ochos años, por cada 100 personas del grupo de edad del consultorio del ISSSTE Inmecafé.
• La incidencia acumulada por sexo indicó que se presentaron poco más de seis casos nuevos de accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos de sexo femenino mayores de 16 años durante los últimos ochos años, por cada 100 personas del grupo de edad del consultorio del ISSSTE Inmecafé.

Por lo tanto se observó que de acuerdo a la incidencia acumulada general se presentaron más casos nuevos de accidentes de tráfico en derechohabientes de sexo masculino que en el sexo femenino.
En cuanto a los grupos de interés epidemiológico más representativos como lo podemos ver en la tabla 17 se encuentran en hombres del grupo de edad de 25 a 29 años y en el caso de las mujeres en el de 40 a 44 años de edad; interpretándose de la siguiente manera de acuerdo a los resultados obtenidos al calcular la incidencia acumulada:
• Se presentaron 24 casos nuevos de accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos de sexo masculino en el grupo de edad de 25 a 29 años de edad, durante los últimos ochos años, por cada 100 personas del grupo de edad del consultorio del ISSSTE Inmecafé.
• Se presentaron poco más de 13 casos nuevos de accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos de sexo femenino en el grupo de edad de 40 a 44 años de edad, durante los últimos ochos años, por cada 100 personas del grupo de edad del consultorio del ISSSTE Inmecafé.

Tabla 17. Porcentaje de accidentes en transporte en vehículo de motor en >16 años durante los últimos 8 años, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Edad por grupo	Hombres accidentados	Mujeres accidentadas	Total	Total de hombres del grupo de edad	Total de mujeres del grupo de edad	Total por grupo de edad	Porcentaje en hombres	Porcentaje en mujeres	Porcentaje Total
16 a 19	1	2	3	25	44	69	4.0	4.5	4.3
20 a 24	3	3	6	30	42	72	10.0	7.1	8.3
25 a 29	6	1	7	25	34	59	24.0	2.9	11.9
30 a 34	1	2	3	18	28	46	5.6	7.1	6.5
35 a 39	3	3	6	21	36	57	14.3	8.3	10.5
40 a 44	4	4	8	25	30	55	16.0	13.3	14.5
45 a 49	5	3	8	28	32	60	17.9	9.4	13.3
50 a 54	1	1	2	19	30	49	5.3	3.3	4.1
55 a 59	0	2	2	13	22	35	0.0	9.1	5.7
60 a 64	2	0	2	17	16	33	11.8	0.0	6.1
65 y más	2	0	2	26	29	55	7.7	0.0	3.6
Total	28	21	49	247	343	590	11,3	6.1	8.3

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Con respecto a la incidencia general de infarto agudo al miocardio los resultados se pueden apreciar en la tabla 18, encontrando los siguientes hallazgos:

Tabla 18. Prevalencia de infarto agudo al miocardio en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Grupo de edad	Hombres con infarto	Mujeres con infarto	Total	Total de hombres del grupo de edad	Total de mujeres del grupo de edad	Total por grupo de edad	Prevalencia en hombres	Prevalencia en mujeres	Prevalencia total
25 a 29	1	1	2	25	34	59	4	3	3
30 a 34	1	0	1	18	28	46	5.6	0	2
35 a 39	0	2	2	21	36	57	0	6	4
40 a 44	1	1	2	25	30	55	4	3	4
45 a 49	0	3	3	28	32	60	0	9	5
50 a 54	0	4	4	19	30	49	0	13	8
55 a 59	0	2	2	13	22	35	0	9	6
60 a 64	3	1	4	17	16	33	17.6	6	12
65 y más	4	2	6	26	29	55	15.4	7	11
Total	10	16	26	192	257	449	4,5	5	5

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

• Se presentaron 5 casos nuevos de infarto agudo al miocardio en personas derechohabientes del ISSSTE Inmecafé por cada 100 personas del grupo de edad.

• Por sexo se presentaron 5 casos nuevos de infarto agudo al miocardio en mujeres derechohabientes del ISSSTE Inmecafé por cada 100 personas del grupo de edad.

• En hombres se presentaron un poco más de 4 casos nuevos de infarto agudo al miocardio en personas derechohabientes del ISSSTE Inmecafé por cada 100 personas del grupo de edad.

• De acuerdo a los grupos de interés epidemiológico los hallazgos más representativos, se observó que en el grupo de 60 a 64 años en hombres se presentaron poca más de 17 casos nuevos de de infarto agudo al miocardio en personas derechohabientes del ISSSTE Inmecafé por cada 100 personas del grupo de edad; mientras que en las mujeres que se encuentran en el grupo de 50 a 54 años de edad se presentaron 13 casos nuevos.

En cuanto a la prevalencia general (al momento de la entrevista) de hipertensión arterial sistémica se encontraron los resultados observados en la tabla 19, mostrando los siguientes hallazgos:

Tabla 19. Prevalencia general de hipertensión arterial sistémica en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Grupo de edad	Hombres con HTA sistémica*	Mujeres con HTA sistémica	Total de hipertensos	Total de hombres del grupo de edad	Total de mujeres del grupo de edad	Total por grupo de edad	Prevalencia en hombres	Prevalencia en mujeres	Prevalencia total
25 a 29	1	0	1	25	34	59	4	0	1.7
30 a 34	2	1	3	18	28	46	11.1	3.6	6.5
35 a 39	1	2	3	21	36	57	4.8	5.6	5.3
40 a 44	2	2	4	25	30	55	8	6.7	7.3
45 a 49	6	4	10	28	32	60	21.4	12.5	16.7
50 a 54	1	5	6	19	30	49	5.3	16.7	12.2
55 a 59	1	5	6	13	22	35	7.7	22.7	17.1
60 a 64	8	3	11	17	16	33	47.1	18.8	33.3
65 y más	6	10	16	26	29	55	23.1	34.5	29.1
Total	28	32	60	192	257	449	12.6	10.7	11.5

**Hipertensión arterial. Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.*

• Se presentaron un poco más de 11 casos de hipertensión arterial sistémica en una población de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.
• En los grupos epidemiológicos de interés se observó que se presentan un poco más de 33 casos de HTA en un población de 60 a 64 años de edad de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.
• En el grupo de 25 a 29 años de edad se presentaron un poco más de un caso de HTA en un población de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.

Con respecto a la prevalencia de la diabetes mellitus se encontró los siguientes resultados mostrados en la tabla 20, siendo los aspectos de mayor relevancia los siguientes:

Tabla 20. Prevalencia general de diabetes mellitus en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Grupo de edad	Hombres con Diabetes Mellitus	Mujeres con Diabetes Mellitus	Total de Diabéticos	Total de hombres del grupo de edad	Total de mujeres del grupo de edad	Total por grupo de edad	Prevalencia acumulada en hombres	Prevalencia acumulada en mujeres	Prevalencia acumulada general
15 a 19	0	1	1	25	44	69	0	2.3	1.4
30 a 34	1	0	1	18	28	46	5.6	0	2.2
35 a 39	0	2	2	21	36	57	0	5.6	3.5
40 a 44	1	0	1	25	30	55	4	0	1.8
45 a 49	1	1	2	28	32	60	3.6	3.1	3.3
50 a 54	6	1	7	19	30	49	31.6	3.3	14.3
55 a 59	2	3	5	13	22	35	15.4	13.6	14.3
60 a 64	3	4	7	17	16	33	17.6	25	21.2
65 y más	10	4	14	26	29	55	38.5	13.8	25.5
Total	24	16	40	192	267	459	10.8	5.4	7.7

**Por 100 personas del grupo de edad. Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.*

• Se presentaron un poco más de siete casos de diabetes mellitus tipo dos en una población de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.
• En los grupos epidemiológicos de interés se observó que se presentan un poco más de 25 casos de diabetes mellitus

tipo dos en un población de 65 años y más de edad de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.
• En el grupo de 15 a 19 años de edad se presentaron un poco más de un caso de diabetes mellitus tipo dos en un población de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.

En cuanto a la prevalencia general del alcoholismo se encontró los siguientes aspectos de mayor relevancia, de acuerdo a lo observado en la siguiente tabla:

Tabla 21. Prevalencia general de alcoholismo en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje	Total de personas del grupo de edad	Prevalencia
12 a 14	0	0	0	0
15 a 19	0	0	69	0
20 a 24	0	0	72	0
25 a 44	10	52.6	217	4.6
45 a 49	4	21.1	60	6.7
50 a 59	3	15.8	84	3.6
60 a 64	0	0	33	0
65 y más	2	10.5	55	3.6
Total	19	100	590	3.2

**Por 100 personas del grupo de edad*
Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

• Se presentaron un poco más de tres casos de alcoholismo en una población de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.
• En los grupos de edad de interés epidemiológico los caso más representativos se presentaron en el grupo de edad de 45 a 49 años de edad reportando un poco más de seis casos de alcoholismo en una población de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.

En cuanto a la prevalencia general del tabaquismo se encontró los siguientes aspectos de mayor relevancia, de acuerdo a lo observado en la siguiente tabla:

Tabla 22. Prevalencia general de tabaquismo en derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje	Total de personas del grupo de edad	Prevalencia
12 a 14	0	0	0	0
15 a 19	8	6.2	69	11.6
20 a 24	19	14.7	72	26.4
25 a 44	16	12.4	217	7.4
45 a 49	13	10.1	60	21.7
50 a 54	21	16.3	84	25.0
60 a 64	5	3.9	33	15.2
65 y más	12	9.3	55	21.8
Total	129	100	590	21.9

**Por 100 personas del grupo de edad. Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.*

•Se presentaron casi 22 casos de tabaquismo en una población de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.

• En los grupos de edad de interés epidemiológico los caso más representativos se presentaron en el grupo de edad de 20 a 24 años de edad reportando un poco más de veintiséis casos de tabaquismo en una población de 100 derechohabientes del consultorio del ISSSTE Inmecafé en el período de diciembre del 2007 a enero del 2008.

Con respecto a la distribución anual de las 10 principales causas de muerte, (tabla 23) se encontró que las dos principales causas son diabetes y cáncer, seguido por neumonía y en tercer lugar infarto agudo al miocardio tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 23. Principales causas de muerte, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes o azúcar en la sangre	4	21.05
Cáncer	4	21.05
Neumonía	3	15.79
Infarto agudo del miocardio	2	10.53
Hipertensión arterial o presión alta	1	5.26
Falla renal	1	5.26
Fibrosis médula ósea	1	5.26
Operación de quiste	1	5.26
No sabe	2	10.53
Total	19	100

Fuente: encuesta realizada a derechohabientes del consultorio issste-inmecafé. Período: diciembre 2007-enero 2008.

7.5.3. Evaluación de factores de riesgo

En este apartado se describirán los principales resultados obtenidos a partir de las encuestas realizadas en el período de diciembre 2007 a enero del 2008, a los derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ, con respecto a los principales daños a la salud acordados en la clase del módulo de Salud Pública, en base a los daños priorizados en cada sede y sus posibles factores de riesgo evaluados.

Para determinar si un factor de riesgo se considera estadísticamente estadístico se determina en base a sus intervalo de confianza tomando en cuenta que si en el intervalo en limite inferior es mayor a uno se considera de riesgo, si es igual a uno no hay asociación y si el límite superior es menor a uno se considera como factor protector.

De los factores de riesgo evaluados para enfermar de infecciones respiratorias agudas (IRAs) en 29 niños menores de 5 años se encontró que ninguno de los factores de riesgo propuestos para este diagnóstico resultó ser estadísticamente significativo al valorar los intervalos de confianza obtenidos tal y como se observa en la tabla 24.

Tabla 24. Riesgo relativo de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008

Factores de riesgo	Con infección respiratoria aguda	Sin infección respiratoria aguda	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Sin lactancia	5	4	1.39	(0.63-3.07)
Esquema incompleto de pentavalente	1	0	No aplica	-
Esquema incompleto de anti-influenza	6	0	No aplica	-
Responsable del menor no capacitado en el manejo de IRAs	5	4	1.25	(0.57-2.73)
Nivel económico familiar medio	1	3	0.55	(0.09-3.15)

Fuente: Encuestas realizadas a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008.

De los factores de riesgo evaluados para enfermar de IRAs en 88 adultos de 60 años y más, al realizar el análisis estadístico con intervalos de confianza de 95 por ciento, se observó que ninguno de los factores tiene valores estadísticamente significativos para considerarse de riesgo ya que los límites inferiores son menores de 1.0 y los límites superiores mayores a 1.0. (Tabla 25)

Tabla 25. Riesgo relativo de infección respiratoria aguda en el adulto mayor (sujetos >=60 años) derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008

Factores de riesgo	Con infección respiratoria aguda	Sin infección respiratoria aguda	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Exposición humo de tabaco	1	8	0.29	(0.04-1.87)
Esquema incompleto de anti-influenza	17	35	0.89	(0.48-1.64)
Esquema incompleto de anti-neumocóccica	20	33	1.40	(0.68-2.88)
Con Diabetes	8	13	1.09	(0.58-2.07)
Con Hipertensión	13	15	1.58	(0.90-2.78)
Con Cáncer	1	2	0.93	(0.18-4.74)
Nivel económico familiar medio	1	6	0.31	(0.05-1.96)

Fuente: Encuestas realizadas a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008.

Otro de los daños que se pretendía estudiar en este diagnóstico fue el de enfermedades diarreicas agudas (EDAs), sin embargo, en la población estudiada de niños menores de 5 años no se encontró ningún caso reportado por los informantes encuestados.

Tabla 26. Riesgo relativo de infección de vías urinarias en mujeres>=15 años de edad en derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008

Factores de riesgo	Infección de vías urinarias	Sin infección de vías urinarias	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Con diabetes	1	6	2.55	(0.40-16.044)
Uso de baños públicos	3	56	0.86	(0.26-2.83)
Ingesta de menos de dos litros de agua al día	16	69	10.50	(3.96-27.83)
Consumo diario de refrescos	8	65	1.71	(0.74-3.96)
No utiliza preservativo	7	61	1.24	(0.17-9.16)
No realiza baño diario	1	31	0.52	(0.07-3.74)

Fuente: Encuestas realizadas a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008.

De los factores de riesgo evaluados para enfermar de infecciones en vías urinarias (IVU) en mujeres de 15 años y más (tabla 26), se encontraron los siguientes hallazgos:

• En cuanto a la ingesta de agua se encontró que las mujeres que toman menos de dos litros de agua al día tienen un 10.50 veces, más riesgo de presentar una IVU que quienes consumen más de dos litros de agua por día; este fue un hallazgo significativo en la investigación ya que al hacer el análisis estadístico se observó que el límite inferior del intervalo de confianza es mayor a uno por lo cuál este si se considera como un factor de riesgo estadísticamente significativo.

• Otros factores que se consideraron asociados a padecer IVU en este diagnóstico enfermedades tales como el cáncer, VIH e inmunosupresión, sin embargo en este estudio no se reportó ningún caso de este tipo.

Tabla 27. Razón de momios para enfermedad por hipertensión arterial sistémica en derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008

Factores de riesgo	Con Hipertensión arterial	Sin Hipertensión arterial	Odds ratio	Intervalo de confianza
> = 20 años	59	467	No aplica	-
Masculino	28	198	1.19	(0.67-2.11)
Familiar con hipertensión	36	262	2.46	(1.33-4.57)
Obeso	34	200	2.23	(1.26-3.96)
Con hipercolesterolemia	18	No aplica	No aplica	-
Con tabaquismo	6	83	0.62	(0.23-1.56)
Con alcoholismo	0	19	No aplica	-
Sin ejercicio	34	333	0.81	(0.46-1.44)

Fuente: Encuestas realizadas a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008.

De los factores de riesgo evaluados para padecer hipertensión arterial en los 60 casos que se presentaron en este estudio, se encontró que sólo el tener un familiar con hipertensión y ser obeso resultaron factores estadísticamente significativamente de riesgo al observar su intervalo de confianza (tabla 27), lo cual se interpreta de la siguiente forma:

- Hay 2.46 veces mayor probabilidad de padecer hipertensión arterial si se tiene como antecedente un familiar hipertenso.
- Se tiene 2.23 veces mayor probabilidad de padecer hipertensión si se es obeso.
- El resto de los factores presentados no tuvieron significancia estadística como para ser considerados de riesgo.

Tabla 28. Razón de momios para enfermedad por diabetes mellitus tipo 2 en derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008

Factores de riesgo	Diabetes Mellitus	Sin Diabetes Mellitus	Odds ratio	Intervalo de confianza
Edad > = 40 años	36	251	6.57	(2.41-19.39)
Masculino	25	197	2.24	(1.12-4.54)
Tener familiar diabético	23	226	1.97	(0.97-4.00)
Obeso	23	216	2.14	(1.08-4.24)
Con alcoholismo	2	19	1.62	(0.0-7.60)
No realiza ejercicio físico	17	216	1.18	(0.59-2.35)

Fuente: Encuestas realizadas a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ Enero 2008.

De los factores evaluados para padecer diabetes mellitus tipo dos en los 41 casos que se presentaron en este estudio, se encontraron los siguientes hallazgos que tuvieron significancia estadística para ser considerados como de riesgo al evaluar los intervalos de confianza tal y como se muestra en la tabla 28:

- Se tiene 6.57 veces mayor probabilidad de padecer diabetes mellitus tipo 2 si se tiene 40 años o más.
- Hay 2.24 veces mayor probabilidad de padecer diabetes mellitus tipo 2 si se es de sexo masculino.
- Se presenta una probabilidad de 2.14 veces más de padecer diabetes mellitus tipo 2 si se es obeso.

7.5.4. Recursos, servicios y programas de salud.

De acuerdo a la distribución del tipo de derechohabiencia se encontró que de las 196 viviendas encuestadas de los derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, 145 de sus habitantes son derechohabientes del IMSS principalmente en el caso del sexo femenino, para la población que se encuentra entre el grupo de edad de 20 a 24 años y en el caso masculino tanto en el grupo de edad entre los 25 y 29 años de edad y de 65 y más años (tabla 29).

Tabla 29. Distribución del tipo de derechohabiencia por edad y sexo en los habitantes de las viviendas encuestadas, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

	IMSS			ISSSTE			SERVICIO MÉDICO DE LA UV			PEMEX			MARINA			SEDENA		
Grupo etáreo	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
0 a 4	6	3	9	13	10	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 a 9	4	8	12	21	23	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 a 14	5	2	7	17	16	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	4	7	11	22	34	56	1	1	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-
20 a 24	6	14	20	23	23	46	1	2	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-
25 a 29	8	7	15	15	27	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 a 34	4	5	9	13	23	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 39	3	6	9	16	31	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 a 44	4	6	10	25	27	52	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 a 49	5	4	9	23	28	51	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 a 54	4	5	9	16	24	40	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 a 59	1	4	5	11	18	29	1	-	1	-	-	-	-	1	1	1	1	2
60 a 64	1	4	5	15	13	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 y más	8	7	15	29	28	57	1	1	2	1	2	3	-	-	-	-	-	-
Total	63	82	145	259	325	584	7	7	14	2	3	5	-	1	1	1	1	2

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008 Nota: Al sumar los totales en cada Institución de salud se obtiene un total de 751 personas, lo cual no coincide con las 711 personas derechohabientes del ISSSTE-INMECAFÉ, ya que la que se utilizó para construir esta tabla fue la No. 7 en la que se podía elegir más de una opción, siendo así una pregunta no excluyente.

Con respecto a los derechohabientes del ISSSTE este estudio muestra que son 584 personas principalmente de 65 años y más, son en su mayoría hombres en ese grupo y en cuanto a sexo femenino la población que se encuentra en el grupo de edad de 15 a 19 años.

Las personas que tienen derecho a los servicios médicos de PEMEX en total fueron cinco principalmente en la población de 65 años y más. En cuanto a SEDENA sólo se encontró que tienen derecho a este tipo de servicios dos personas y al servicio médico de la Marina una persona del sexo femenino. Con respecto a los servicios médicos de la Universidad Veracruzana se reportó en total catorce personas con una distribución uniforme entre hombres y mujeres, al igual que entre los grupos de edad que van de 15 a más de 65 años de edad. En cuanto a las personas que no cuentan con ningún tipo de servicio médico este estudio nos arroja la información de 22 personas, cinco hombres y 17 mujeres principalmente entre los 20 y 29 años. (Tabla 30)

Tabla 30. Población sin derecho a servicio de seguridad social, por grupo etáreo y sexo, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Grupo	Hombre	Mujer	Total
0 a 4	1	1	2
10 a 14	0	2	2
15 a 19	0	1	1
20 a 24	0	5	5
25 a 29	3	1	4
30 a 34	1	1	2
35 a 39	0	1	1
40 a 44	0	1	1
5 a 9	0	3	3
50 a 54	0	1	1
Total	5	17	22

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

En cuanto a la distribución por servicios utilizados encontramos que de las 196 viviendas encuestadas, con un total de 711 habitantes la mayor parte si utiliza los servicios del ISSSTE, ya que de acuerdo a los datos recabados se reporta a 391 personas, es decir, el 55 por ciento de la población, seguido por los servicios privados en un 34.9 por ciento tal y como se muestra en la tabla 31:

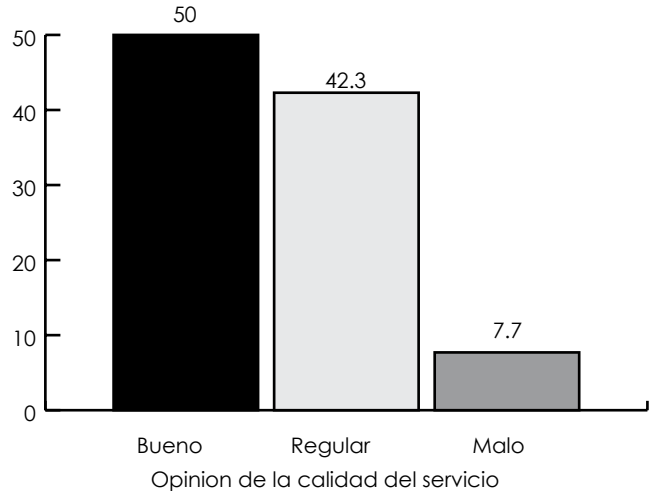
Tabla 31. Distribución por servicios de salud utilizados en viviendas encuestadas, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Institución	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	50	7.0
ISSSTE	391	55.0
PEMEX	5	0.7
SMUV	11	1.5
PRIVADAS	248	34.9
NINGUNA	6	0.8
Total	711	100

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Con respecto a la distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud, tomando una escala de malo, regular o bueno, la opinión de las 196 personas entrevistadas, fue en un 50 por ciento calificada como buena, y la minoría opinó que el servicio que reciben es malo representado por un 7.7 por ciento de la personas entrevistadas tal y como se puede apreciar en el gráfico 3.

Gráfico 3. Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud, issste-inmecafé, 2007



Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008,

Sobre la distribución de menores de 5 años según esquemas de vacunación se encontró que la mayoría de los niños cuenta con el esquema de anti-influenza en un 65.5 por ciento, de pentavalente y de anti- neumococo en un 55.2 por ciento (tabla 32)

Tabla 32. Distribución de menores de 5 años según esquema de vacunación, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

	Pentavalente		Neumococo		Influenza	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	65.5	16	55.2	16	55.2
NO	1	3.4	4	13.8	6	20.7
No sabe	9	31.0	9	31.0	7	24.1
Total	29	100	29	100	29	100

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Otro aspecto estudiado en este trabajo reflejó a donde acude la población diabética para recibir atención médica para su enfermedad, utilizando los servicios del ISSSTE en un 48.8 por ciento, seguido por los servicios privados con un 26.8 por ciento, en tercer lugar acuden al IMSS un 22 por ciento de la población y sólo se encontró a una persona que acude a los servicios médicos de PEMEX representando un 2.4 por ciento de la población total, tal y como se puede observar en la tabla 33.

Tabla 33 Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Institución	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	9	22.0
ISSSTE	20	48.8
PEMEX	1	2.4
Privada	11	26.8
Total	41	100

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Con respecto a la población de derechohabientes hipertensos se observo que la mayoría acude a los servicios del ISSSTE (48.3 por ciento) para recibir atención médica, seguido por instituciones privadas (31.7 por ciento), en tercer lugar IMSS (16.7 por ciento) y por último en PEMEX, sólo dos personas representando un 3.3 por ciento de la población. (Tabla 34)

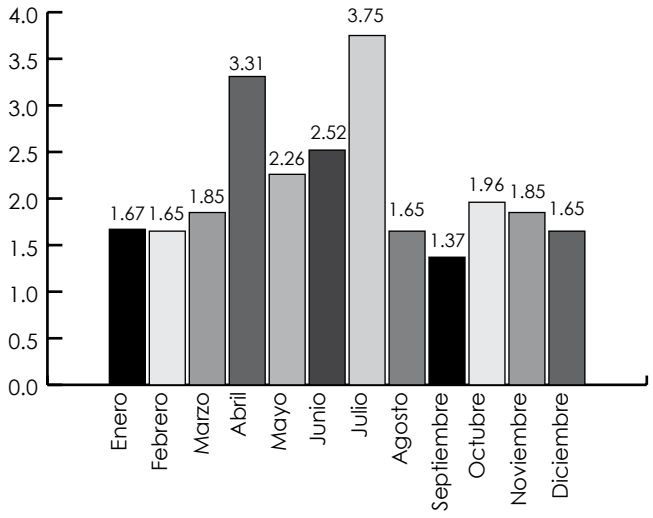
Tabla 34. Servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos a recibir atención médica, ISSSTE-INMECAFÉ, 2007

Institución	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	10	16.7
ISSSTE	29	48.3
PEMEX	2	3.3
Privada	19	31.7
Total	60	100

Fuente: Encuesta realizada a derechohabientes del consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Período: diciembre 2007-enero 2008.

Por último se realizó el cálculo del rendimiento de consultas hora- médico por mes en el período de enero a diciembre del 2007, observando que los meses donde hubo mayor rendimiento fueron en abril y en julio tal y como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Promedio de consultas por hora en el consultorio ISSSTE-inmecafé, 2007



Fuente: Sistema de Información Estadística Local (SIEL). Departamento de Estadística Clina Hospital ISSSTE Xalapa.

7.6. Resultados derivados del análisis cualitativo

Se presentan la construcción de espectros de discurso con los hallazgos de dos actores sociales por cada variante discursiva (usuarios-derechohabientes, prestadores de servicios de salud y directivos). (Ver anexos 3 y 4)

La tabla 35 corresponde al espectro de discurso de usuarios-derechohabientes, con respecto a la percepción que tienen del estado de salud de las personas que asisten al consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. El concepto que se buscó fue el de percepción y se relacionó con los subconceptos de salud, enfermedad y padecimiento.

Tabla 35. Espectro del discurso de usuarios de servicios en el ISSSTE-INMECAFÉ, Enero de 2008

Concepto	Percepción		
Subconcepto Variante discursiva	PEs Salud	PEe Enfermedad	PEp Padecimiento
Usuario 1	0	5	0
Usuario 2	4	13	4
Cualificación	4 Va	18 Ge	3 Va

Fuente: Trascripción de entrevistas focalizadas a usuarios del consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ, enero 2008.

Ante el cuestionamiento sobre el estado de salud solamente un usuario hace referencia a ésta; relaciona el bienestar físico, mental y social con la religión y habla de la 'capacidad corporal de autorregulación', menciona el poder de Dios para alcanzar la salud y la actitud personal para enfrentar problemas:

Usuario dos. "…tener mucha fe Dios, ya ve que la fe mueve montañas y nuestro cuerpo nuestro organismo está hecho para que el mismo vaya sacando ya cuando verdaderamente es un dolor muy fuerte o algo pues así, porque yo lo he tenido…"

Con la misma pregunta (percepción del estado de salud) se encontró que ambos usuarios-derechohabientes sobre todo hablan de las enfermedades que saben tienen quines son atendidos en este consultorio; de tal forma que el estado de salud lo relacionan sobre todo con enfermedades no transmisibles y con el estado emocional como importante para tener alguna enfermedad (una vez más se hace referencia a la responsabilidad individual, en contraposición con un cuidado más colectivo donde son necesarios la participación de diferentes sectores de la sociedad).

Usuario 1. "…hay muchos están enfermos de diabetes y pues vienen al ISSSTE a este, a consulta"

Usuario 2. "Por lo que se, que hay muchas enfermedades, hay muchas personas enfermas…tienen diabetes, otros tienen hipertensión" "los nervios, son personas que no tienen paz, aquí tengo mi vecino que ya se quiere morir y está fuerte señor está lleno de vida él viene me platica

como se le murió su esposa igual ya se quiere morir, son enfermedades que se las forman"

Otra referencia que surge cuando se piensa en salud es el padecimiento que se refiere a tener la sensación de malestar sin haber sido diagnosticado por un profesional de la salud, cunado ve que las personas están mal, tienen dolencias, malestares.

Usuaria dos. "los veo mal" "las palabras del médico, me enfocó a lo que había sucedido, al hecho por qué motivo fue qué sucedió, y claro alguien que tiene cáncer ya no quiere padecer"

El espectro de discurso (tabla 36) de los prestadores del servicio de salud también esta relacionado con la percepción que tienen del estado de salud de los derechohabientes atendidos en el consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ, en el expectro del discurso se muestran el concepto de percepción (PE) relacionado con la percepción de la salud (PEs), percepción de enfermedad (PEe) y percepción de padecimientos (PEp) por parte de dos agentes entrevistados para la variante discursiva de los prestadores de servicios de salud (dos), la fila de cualificación hace se refiere a la consistencia externa[m]-30, los datos indican que la cualificación es de generalidad para PEs, PEe y caso extremo para cuando ninguno de los actores sociales sociales aborda el tema.

Tabla 36. Espectro del discurso de prestadores servicios de salud del ISSSTE-INMECAFÉ, Enero de 2008

Concepto	Percepción		
Subconcepto / Variante discursiva	PEs Salud	PEe Enfermedad	PEp Padecimiento
Prestador de servicios 1	2	2	0
Prestador de servicios 2	5	3	0
Cualificación	7 Ge	5 Ge	0 Caso extremo

Fuente: Trascripción de entrevistas focalizada a prestadores de servicios del consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ, enero de 2008.

Cuando se preguntó a los prestadores de servicios de salud sobre el significado del termino, inicialmente los dos hacen referencia a la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Prestador 1: "La salud es un estado de bienestar en el cual el individuo goza de buen equilibrio mental y físico lo cual se va haber reflejado en su comportamiento habitual"

Prestador 2: "Bueno pues la salud es el estado, bueno según la OMS " el estado completo de bienestar físico y mental, pues la ausencia de enfermedad"

Cuando se les cuestiona sobre la salud de los derechohabientes al consultorio auxiliar ISSSTE-INMECAFÉ, su respuesta se relaciona con la importancia de los hábitos y estilos de vida y el apego al tratamiento para su enfermedad.

Prestador uno. "creo que está un poco deficiente, ya que no lleva a cabo las recomendaciones del médico en este caso les indica, debido a que no hacen ejercicio, no llevan la dieta, el tratamiento no lo terminan."

Prestador dos. "Hijole pues yo creo que, pues dentro de lo que cabe, lo que se mencione acerca de lo que es salud este, no malo pero si bajo, en cuanto a la salud si tiene un nivel bajo"

Otro aspecto que tocan es la responsabilidad personal sobre el estado de salud, al igual que los usuarios visualizan el elemento personal como responsabilidad de las personas en lo individual, aunque si hay la visión de los hábitos para el mantenimiento de la salud se quedan en un nivel de responsabilidad aislada sin ver la responsabilidad que corresponde a otros sectores y su participación en la generación de políticas públicas que promuevan vidas saludables.

Prestador uno. "siento que no lleva a cabo medidas preventivas, como lo podría ser por ejemplo pues evitar el consumo de sal para no llevan a cabo la hipertensión, el realizar ejercicio"

Prestador dos: "Hijoles!! Pues mira, allá en INMECAFÉ, bueno como aquí, y yo creo que en cualquier lugar, van los pacientes, son completamente dependientes al medicamento, no les gusta llevar a cabo ejercicio, éste, no cambian sus hábitos de vida por mal que estén, hay personas persona que pesan 110 kilos, tienen diabetes, hipertensión y se la llevan con su metoprol, se la llevan con su captopril y no cambian su dieta siendo normal, o sea el doctor ya sea de los mande a... con el nutriólogo y les da lo que es dietas llegan a reclamarle al doctor que oiga " que no me dejan comer esto, no me dejan comer

[m] *Presencia o no de un código entre los diferentes discursos.*

el otro, yo no sé qué voy a hacer... " la persona empieza a desesperar " que puedo hacer para, para evitar eso".

El tema de padecimiento (relacionado con la percepción de la salud) no fue tocado por los prestadores de salud, se cree que debido a que se encuentran en el sistema de salud lo cual les da un nivel de conocimientos y autoridad social para diagnosticar los padecimientos –darles nombre.

Los temas explorados con los directivos fueron los retos que enfrenta el ISSSTE como institución y la manera en qué estos se relacionan con la salud de sus derechohabientes, se tuvieron dos acores sociales (directivo uno y directivo dos) para esta variante, y los retos (RE) en salud se relacionaron con el capital (REca), el trabajo (REta), la atención (REat), la calidad (REca), acciones de mejora (REam) y capacitación (REca). (Tabla 37)

Tabla 37. Espectro del discurso de directivos del ISSSTE, Enero de 2008

Concepto	RETOS					
Subconcepto / Variante discursiva	REca capital	REta trabajo	REat Atención	REcal Calidad	REam Acciones de mejora	REcap Capacitación
Directivo 1	4	2	4	0	1	0
Directivo 2	4	0	0	0	3	2
Cualificación	8 Ge	2 Va	4 Va	0 Caso extremo	4 Ge	2 Va

Fuente: Trascripción de entrevistas focalizadas a directivos del ISSSTE Xalapa, Ver. Enero 2008.

Los directivos del ISSSTE fueron ubicados en la Clínica Hospital de Xalapa y visualizan una amplia serie de retos relacionados con la atención a la salud que se proporciona en esta unidad de salud, visualizando la transición de atención de segundo a tercer nivel. Con relación a los recursos, bienes y valores disponibles (el capital) mencionan el reto de dar atención a más personas con los recursos disponibles

Directivo uno. "Y que este hospital esta proyectado para cambiarse a hospital general, entonces bueno esperemos que, que eso se cumpla, por que pues eso trae como resultado más este insumos, infraestructura y médicos, la plantilla de médicos sería mejor, que amplíe"
Directivo uno. "Ahorita nuestro principal reto es siento yo que nos aumentó el número de derechohabientes… derechohabientes que no estaban contemplados en la institución y por lo tanto considero que nos va a faltar espacio por que son consultas las que se van a generar… nos vamos a quedar cortos en cuanto a todos los insumos, los medicamentos, la atención primaría, pues consulta"

Continuando con los retos de capital, el otro directivo se refiere a los espacios como recurso para un mejor desempeño de su trabajo, tomando como referencia el crecimiento de la población que atienden y por lo tanto el aumento de los trabajadores que dan atención.

Directivo dos. "en este momento tenemos una población arriba de 70 mil derechohabientes, empezamos a sufrir los trabajadores los espacios físicos que ya no, ya no está la clínica como fue planeada, sino que por decir un espacio hay que compartirlo. Por ejemplo, aquí en mi oficina cuando abrimos esta clínica yo ocupaba otro cargo en ese momento yo tenía mi oficina propia y la jefa de enfermeras tenía su oficina propia. Actualmente compartimos todos los espacios dos personas la misma oficina"

En este sentido de que ha aumentado la población que atienden se observa el reto de aumentar la plantilla de trabajadores de la salud, sobre todo en lo que se refiere a los médicos, no se visualiza la necesidad de otros profesionales

como enfermeras, en laboratorio e inclusive personal dedicado al mantenimiento de las diferentes áreas de la clínica.

Directivo uno. "nos va a hacer falta más médicos y lo que es en… se requieren más especialistas y más médicos generales."

Directivo dos. "la demanda de servicios han incrementando obviamente en especialidades, que es la plantilla física, los derechohabientes aumentan y las tareas físicas asistenciales también se van disminuyendo y por ende la cobertura en los servicios, o sea en este momento tenemos cobertura en todos los turnos pero sí hay momentos es que la demanda de servicios es mayor a la demanda de mano de obra."

Uno de los directivos aborda el reto de atención a la salud y visualiza una atención donde los derechohabientes son agentes pasivos de este proceso de atención, son personas que tienen una enfermedad que necesita ser atendida, por lo cual el reto en la atención lo relaciona con la adquisición de tecnología, que por otra parte refleja la necesidad actual en este ámbito.
Directivo uno. "Los cambios que mas observo yo en mi posición, en mi puesto son de la infraestructura, nosotros tenemos proyectos, que se llaman proyectos de inversión, y los proyectos de inversión, proponen equipamiento del hospital basados en patologías o en padecimientos que nosotros reportamos o vamos observando durante un periodo."

Un aspecto que visualizan los derechohabientes es la calidad en los servicios, es decir que estos cumplan o superen sus expectativas de parte de la institución que les atiende cuando tienen alguna enfermedad o padecimiento, pero ninguno de los directivos hace referencia a la calidad en el servicio de la atención a la salud, siendo este un caso extremo, ya que se esperaba encontrar referencias a la calidad en el servicio.

Por otro lado si hablan de las acciones de mejora como reto de atención, lo cual esta relacionada con la calidad en la atención. Como retos de acciones de mejora para la atención ven el desabasto de medicamentos, la atención primaria y por otra parte la falta de espacios físicos para ellos como profesionales de salud (sobre todo a futuro que aumente el número de derechohabientes).

Directivo uno. "Entonces vamos, nos vamos a quedar cortos en cuanto a todos los insumos, los medicamentos, la atención primaría, pues consulta."

Directivo dos. "el reto mayor que tenemos de las áreas físicas se va a resolver en breve"

Por último, visualizan la capacitación como un reto que hay que tener en cuenta como un proceso constante, sobre todo ahora que va a haber cambios en la estructura organizativa de la clínica y en el número de derechohabientes que atenderán.

Directivo dos. "nos tenemos que preparar y algo que aquí se da, pues es la capacitación continua, si, por parte de el departamento de enseñanza y pues la dirección del hospital muy pendiente de todo y todos los los coordinadores de los servicios nos apoyamos también. Eso es en cuanto a vencer los retos, en cuanto a la preparación está se va dando de manera incidental pues se va dando de manera programado también, y la otra pues"

8. DISCUSIÓN

En la población derechohabiente del ISSSTE-INMECAFÉ hubo mayor población de mujeres, representandas por el 56.3 por ciento del total. De acuerdo a los grupos etáreos se observa un marcado proceso de envejecimiento, ya que los grupos de 60 años y más están aumentando considerablemente, en comparación con los grupos de 0 a 4 años, lo cual es característico de países que están pasando por una transición demográfica. Este hallazgo demográfico encontrado en la población del ISSSTE-INMECAFÉ, concuerda la transición demográfica de América Latina, y los resultados del Programa Nacional de Salud 2007-2012[1] en lo que respecta a países en plena transición donde la natalidad es moderada y mortalidad moderada y baja. También concuerda con la percepción que sobre la salud tienen los usuarios-derechohabientes, quienes reportan que las personas atendidas en el consultorio ISSSTE-INMECAFÉ tienen diabetes ya que la identifican como algo que afecta su estado de salud.

Se detectó que hay un descenso en la natalidad y fecundidad de dicha población, al observar el crecimiento natural obtenido (-7.03) encontrándose que las muertes están superando a los nacimientos, este dato es comparable con lo reportado en el "Diagnóstico de Salud de Panamá"[2], ya que dicho país también se encuentra en una transición al envejecimiento.

En lo que respecta a las enfermedades evaluadas se encontró que hubieron varios casos de IRAs en niños menores de 5 años (incidencia acumulada general poco más de 44 casos nuevos de por cada 100 niños de este

grupo de edad) y en adultos de 60 años y más en cuanto a (72 casos nuevos de IRAs por cada 100 personas mayores de 60 años de edad) esto lo atribuimos principalmente a la época del año en la cual se realizó la encuesta, estos resultados en contraste con la investigación de Robaina S. y Campillo R.[8] quienes realizaron su estudio en el cual los resultados obtenidos muestran que los episodios de IRA fueron más frecuentes en los meses de octubre a marzo.

Otro hallazgo de importancia fueron los casos de accidentes ya que se presentaron 24 casos nuevos de accidentes de transporte en vehículo de motor principalmente en personas de sexo masculino en el grupo de edad de 25 a 29 años de edad, durante los últimos ochos años, por cada 100 personas del grupo de edad. Con esto se pudo apreciar que el grupo de mayor riesgo son los hombres, en relación a las mujeres, encontrando como factor de riesgo principal la ingesta de bebidas alcohólicas cuando manejan .

Las principales enfermedades crónico degenerativas que se presentaron en la población del consultorio del ISSSTE-INMECAFÉ fueron: diabetes mellitus tipo dos e hipertensión arterial sistémica, encontrando como principales factores de riesgo para la primera es tener 40 años o más, ser de sexo masculino y obeso. Esto coincide con lo presentado en la Encuesta Nacional de Salud del 2000[1] y en los estudios realizados por Aguilar C. Rauda J. y Villalpando S. [10] aunque en el estudio de esto últimos investigadores incluyen el sedentarismo en el presente diagnóstico no se encontró como factor de riesgo.

En la hipertensión arterial sistémica, se encontraron como principales factores de riesgo tener como antecedente un familiar hipertenso y ser obeso. De estos factores solo la obesidad coincide con lo reportado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012[1] ya que en este documento se mencionan la inactividad física y el consumo de alcohol como factores de riesgo asociados para esta enfermedad, sin embargo, al evaluarlos en este diagnóstico resultaron no tener significancia estadística.

Hay coincidencia en que ser obeso es factor de riesgo para diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial sistémica, sin embargo los usuarios-derechohabientes no identifican los estilos de vida como factores de riesgo importantes para el desarrollo de estos padecimientos; a diferencia de los prestadores de salud que si identifican que los estilos de vida de los usuarios influyen en el estado de salud y que es importante la promoción de la salud, llama la atención que los directivos no hacen referencia a la importancia de promover estilos de vida saludables dentro de los retos institucionales.

En las IVUs se encontró como factor de riesgo significativo que quienes consumen menos de dos litros de agua por día presentan con mayor frecuencia esta enfermedad. Los usuarios habitualmente no identifican que tomar agua es un hábito favorable para su salud.

Con respecto a la distribución anual de las 10 principales causas de muerte, se encontró que las dos principales causas son diabetes y cáncer, como ya se ha dicho enfermedades crónicas características de poblaciones envejecidas. En nuestro país en el 2005 la diabetes mellitus tipo II, fue la enfermedad que ocupó el primer lugar como causa de muerte a nivel nacional de acuerdo a lo que se menciona en el Programa Nacional de Salud 2007-2012[1].

En lo que se refiere al cáncer, aunque en nuestro país no ocupa una de las tres principales causas de muerte, a nivel internacional sí, lo muestra el Diagnóstico de Salud de Sevilla, España, de 2006[3], donde se detectó el cáncer (no especificado) como principal causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres mayores de 60 años, lo cual concuerda con la población característica que se estudio en el presente diagnóstico del ISSSTE- INMECAFÉ.

Sobre la percepción que tienen los usuarios acerca de la calidad de los servicios de salud, la opinión de las 196 personas entrevistadas, fue en un 50 por ciento calificada como buena. Los usuarios-derechohabientes mencionan la importancia de la calidad en la salud relacionando el contar con profesionales de salud sensibles en la atención de sus necesidades, así como atender el desabasto de medicamentos, esto es diferente para los directivos que relacionan calidad con contar con recursos materiales y humanos para atender las enfermedades. La percepción de la salud se relaciona con la enfermedad, concepto también codificado en la investigación de Bedregal G, Quezada V, Torres H, la presencia de un médico especialista interesado en el bienestar de los pacientes, la importancia de la salud mental haciendo referencia a "esta mal de los nervios", el tema de padecimiento relacionado con la salud también se presenta en estudios similares[14].

Schwartzmann[32] plantea la propuesta de involucrar al personal de salud en la elaboración del diagnóstico de salud, y "tomar en cuenta la percepción del paciente en el proceso de toma de decisiones en salud, así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria"

para promover la participación de actores sociales que se encuentran relacionados con los servicios de salud y visualicen la importancia de este documento en la planeación de sus actividades cotidianas[33].

9. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

• Que las profesionales encargados del llenado de actas de defunción sepan qué consignar en cada campo, ya que encontramos que hay confusión en lo que corresponde a la causa básica, causa directa e intermedia, y es importante tener los datos que corresponden en cada apartado para la estadística correspondiente

• Proponer una capacitación a tomadores de dediciones (directivos) sobre actualización en promoción de la salud y prevención primaria, secundaria y terciaria.

• Al haber detectado como principal causa de consulta y de mortalidad las enfermedades crónico - degenerativas como HTA, DM2 y cáncer, se propone dar mayor énfasis a la promoción de la actividad física, control de peso y monitoreo de la calidad del tratamiento, mediante cambios en los estilos de vida de los derechohabientes ya que el tratamiento integral previene la aparición de complicaciones.

• Debido a que la población es envejecida, se propone dar un mayor apoyo a este grupo de edad mediante la capacitación continua del personal de salud para la atención de las personas afectadas por las enfermedades crónico – degenerativas, ya que las tendencias indican que el número crecerá de manera constante en las décadas por venir provocando una mayor demanda y utilización de los servicios de consulta.

• En cuanto a enfermedades transmisibles como en el caso de IRAs tanto en niños como adultos se propone reforzar los esquemas de vacunación correspondientes a influenza, neumococo y pentavalente en niños menores de 5 años.

• En el caso de IVUs en mujeres mayores de 15 años, promover la buena alimentación, mediante trípticos, carteles o pláticas, en especial en aumentar la ingesta de agua al día.

• Hay que integrar metodologías cuantitativa y cualitativa para generar conocimiento que pueda ser comparado en otros contextos.

• Retomar el abordaje cualitativo para investigarlo con un nivel de mayor profundidad, ya que el personal de servicios de salud solo identifica los aspectos de salud desde la perspectiva oficial, y es importante explorar la concepción de salud y la percepción que tienen del estado de salud de usuarios-derechohabientes, de tal manera que se conozca la percepción más desde su experiencia como persona que ha estado en contacto con los usuarios derechohabientes.

• En la elaboración de posteriores diagnósticos de salud, explorar aspectos más específicos, como es la salud mental, la promoción de la salud, ya que esta investigación puede ser el punto de partida para explorar la percepción del estado de salud, y otras concepciones subjetivas relacionadas con la promoción de la salud y los factores de riesgo.

• Tomar en cuenta (en estudios posteriores) aspectos relacionados con la calidad del servicio, ya que la opinión de los usuarios se puede complementar con el conocimiento técnico, para realizar mejoras en el servicio que se da en el consultorio auxiliar ISSSTE INMECAFÉ.

• Actualizar el diagnóstico de salud de manera anual, incluyendo aspectos que el médico y las autoridades correspondientes consideren relevantes para una mejora continua en la atención de la salud de los derechohabientes.

10. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

10.1. De las alumnas

De la experiencia de trabajo en equipo ISSSTE-INMECAFÉ, visualizamos algunos elementos que enriquecieron nuestra experiencia como personas y como profesionales de la salud.

Comenzando con las experiencias positivas sucedidas de septiembre de 2007 a febrero de 2008. Visualizamos la importancia de que el equipo estuviera conformado con personas de diferentes disciplinas (medicina, química y psicología), diferentes edades y experiencias profesionales diversas (una con experiencia en el sector público, una en el sector privado y otra en la sociedad civil), tener habilidades y experiencias diversas enriqueció el trabajo que realizamos. Otra ventaja fue la capacidad que tuvimos para integrarnos con el equipo asignado en la unidad de medicina familiar (UMF) de FOVISSSTE, pues cotidianamente coincidimos los equipos en la clínica hospital y logramos un buen nivel de compañerismo.

Una de las dificultades que enfrentamos fue tener tres asesores externos, a esta situación se sumó la falta de claridad acerca de lo que implicaba esto para el equipo; ya que mientras iban pasando el tiempo nos enterábamos a que las reuniones con asesores externos llegaba o el jefe de enseñanza de la delegación ISSSTE Xalapa, o el coordinador de enseñanza e investigación de la clínica hospital del ISSSTE Xalapa y que el doctor Lara (explícitamente asesor externo) no estaba en condiciones de asumir los compromisos del rol por que tenía que atender el consultorio ISSSTE-INMECAFÉ. Esto dio como resultado, desgaste, sobre todo anímico para el equipo, por tener que atender y entender esta situación.

Otro elemento que nos causo desgaste y algunos conflictos fueron nuestras características personales, tales como la personalidad, hábitos de estudio, estilos de trabajo, cada una de estas características además de enriquecer el trabajo, nos creo problemas ya que tuvimos que buscar y encontrar el punto donde nos sintiéramos tomadas en cuenta, pues la misma diversidad de experiencias generaba dificultades para saber que hay diferentes formas de trabajar y que había que tomar acuerdos. Este proceso generó algunas discusiones e inconformidades, las cuales a fin de cuentas logramos superar.

Estamos de acuerdo en que pese a las dificultades que encontramos en el trabajo grupal ha sido una experiencia enriquecedora, en el sentido de que nos damos cuenta de la importancia del trabajo en equipo (la coordinación en el trabajo se refleja en los resultados de la investigación y en la calificación), así como la importancia de que la unidad de salud cuente con diagnóstico de salud actualizado, pues esto implica proporcionar un mejor servicio de salud a los derechohabientes.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud (Mex). Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México : La Secretaría de Salud; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud, Health Metrics Network, Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Contraloría General de la República, Tribunal Electoral, Ministerio de Desarrollo Social. Diagnóstico del Sistema de Información en Salud de Panamá. Panamá : Las Instituciones Participantes; 2006.
3. Sin autor. Diagnóstico de salud de Sevilla 2006. Sevilla (España): Sin editorial; 2006.
4. Secretaría Regional Ministerial de Salud (Chile). Diagnóstico de Situación de Salud de la Cuarta Región. Chile. El Instituto; 2005.
5. Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud (Perú). Diagnóstico sobre Salud en la Vivienda en el Perú. Documento en proceso de elaboración 19/04/00.
6. Cid de León B, Cano M, Nieto, R, Robles M, González P. Diagnóstico preliminar de la situación de salud en el municipio de Bustamante, Tamaulipas, México. s/f.
7. Palacios S. Diabetes Mellitus tipo 2-Análisis de los objetivos, alternativas de tratamiento y riesgos en adultos mayores An. Fac. Cienc. Méd. (Asuncion) v. 38 n. 3 Asunción ago. Monografía presentada en la Facultad de Ciencias Médicas – U.N.A.M. s/f
8. Robaina S. y Campillo M. "Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años" Rev Cubana Pediatr v.75 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2003.
9. Moreno W. Tenorio P. Gatica Q. y Sánchez R. "Incidencia de enfermedades respiratorias en funcionarios vacunados y no vacunados contra la influenza. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, año 2000 Rev. chil. enferm. respir. v.18 n.1 Santiago ene. 2002.
10. Olaiz. G. Rojas R, Aguilar C. Rauda J, Villalpando S., "Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000" Salud pública Méx v.49 supl.3 Cuernavaca 2007.
11. Alemán M. Esparza R. Valencia M." Antropometría y composición corporal en personas mayores de 60 años. Importancia de la actividad física." Salud Pública, Mex. 1999; 41:309-316.
12. Velázquez Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G, Grupo ENSA 2000, Attie F, Tapia Conyer R. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex 2002; 72 (1):71-84.
13. Murillo-Rojas, Leal-Castro, Eslava-Schmalbach Uso de Antibióticos en Infección de Vías Urinarias en una Unidad de Primer Nivel de Atención. Rev. salud pública 2006 jul. v.8 n.2.
14. Bedregal G., Quezada V., Torres H., Scharager G., García O. Necesidades de Salud desde la perspectiva del usuario. s/f.
15. Lara H.C. "Insumo y Consumo de Medicamentos en el Módulo de Consulta Externa de Inmecafé ISSSTE, Xalapa, Ver.". Tesis de opción de Título de Master en Ciencias "Especialidad en Farmacia Clínica". Veracruz (México): Universidad Veracruzana; 1998.
16. Ladrón de Guevara E. Diagnóstico de salud. México. s/f. Versión mimeografiada.
17. López F. El diagnóstico de salud en epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas.

México: Manual Moderno; 2006.
18. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm. [online]. dic. 2003, vol.9, no.2 [citado 15 Enero 2008], p.09-21. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.
19. INEGI (base de datos en Internet). México: Sistema Nacional Estadístico y de Información Geográfica (acceso 27 de Octubre del 2007). Glosario Completo; (aproximadamente 10 pantallas). Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/glogen.asp?t=ccp2005&c=7325
20. Cortes SC. Desarrollo de habilidades estadísticas para la elaboración de protocolos [Antología en Disco Compacto]. México: Dirección General de Desarrollo Académico-Universidad Veracruzana; 2005.
21. Ladrón de Guevara E. Priorización de daños a la salud. Instituto de Salud Pública. Maestría en Salud Pública. Módulo 1. Unidad: Bases epidemiológicas del diagnóstico de salud. Veracruz (México): Universidad Veracruzana. Comunicación directa; Octubre de 2007.
22. Centro Regional de Información sobre Desastres. América Latina y el Caribe. Disponible en: www.crid.or.cr/crid/CD_Inversion/pdf/spa/doc9654/doc9654-2.pdf -
23. Instituto Nacional de Estadística (Glosario) 2007. (14 páginas). Disponible en INE (base de datos en Internet). México: Instituto Nacional de Estadística. (acceso 27 de Octubre del 2007). (Glosario Completo). (14 páginas). Disponible en http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/disca_ig_glo.pdf
24. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En Delgado JM, Gutiérrez Juan. Editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid (España): Síntesis Psicología; 1994.
25. Taylor S., Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona (España): Paidos; 1987.
26. Diccionario Real Academia Española. Disponible en: http:// buscon.rae.es/drael. Revisado 18 de enero de 2008.
27. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid (España): Editorial Síntesis; 1997.
28. Galindo CLJ. Sabor a ti: metodología cualitativa en investigación social. Xalapa (México): Universidad Veracruzana; 1998.
29. Tarrés M. Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: El Colegio de México y Miguel Ángel Porrúa librero-editor; 2001
30. Hernández E. López L. Una aproximación al análisis cualitativo. Enseñanza e investigación en psicología, vol. 3. no. 2. julio-diciembre 1998. 89-101.
31. Dijk T. El estudio del discurso. En El discurso como estructura y proceso. Barcelona (España): Editorial Gedisa; 2000.
32. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm., dic. 2003 : vol.9, no.2, p.09-21.
33. Díaz S, Riera V. Villegas G. Diagnóstico de salud de la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa, Ver. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. México. 2005.

AGRADECIMIENTOS

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
- DR. MIGUEL IVÁN HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
Subdelegado Médico, Delegación Estatal ISSSTE Veracruz.

- DR. GABRIEL ALONSO NUÑEZ
Jefe del Departamento de Enseñanza, Delegación ISSSTE Xalapa.

- Q.F.B. RAFAEL CLUNI AGUILAR LENDECHY
Coordinador de Enseñanza e Investigación de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa

- DR. CÉSAR AUGUSTO LARA HAKIM
Director del módulo de consulta externa ISSSTE-INMECAFÉ

-MTRA. EVANGELINA MONTES VILLASEÑOR
Responsable del Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Subregional Luis F. Nachón y Catedrática de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana

- LIC. BLANCA LILIA LÓPEZ SANTOS
Responsable del Área de Atención a Usuarios del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR XALAPA II DEL FOVISSSTE EN XALAPA, VERACRUZ

Luis Daniel Cruz García
Nesly Teresa Muñoz Cortés
Paola Zereth Galindo Mimendi

Asesor interno: Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Asesor externo: Dra. Rosalba Lozano Cruz

1. RESUMEN

Objetivo: Valorar el estado de salud-enfermedad de los derechohabientes del ISSSTE en la Unidad Médico Familiar Xalapa II Fovissste, así como la percepción del estado de salud de los usuarios, prestadores de servicios de salud y directivos para la toma de decisiones.

Material y métodos: Diseño observacional, transversal. La información analizada fue tomada del Sistema de Información automatizado para la vigilancia epidemiológica, así como de la recolección de 244 cuestionarios realizados a los derechohabientes de la Unidad Médico Familiar Xalapa II.

Resultados: La pirámide poblacional difiere con la nacional y la estatal, ya que presenta una base estrecha correspondiente al grupo de menores de cinco años el cual es de 3.4 por ciento del total de la población, en donde podemos también observar que un grupo amplio es el correspondiente a personas de la tercera edad (>60 años) con una población correspondiente al 16 por ciento, lo que se ve reflejado en una mayor demanda para los servicios por parte del grupo de edad potsproductiva, una población con tendencias a un envejecimiento y generación de enfermedades crónico degenerativas, de las cuales se encontró a la hipertensión con una prevalencia del 13.3 por ciento de la población mayor de 20 años y la diabetes con una proporción de 7.9 por ciento en la población mayor de 20 años; proporciones similares a la nacional.

En población menor de cinco años se encontró una incidencia de infecciones respiratorias agudas de 55.5 por cada 100 niños menores de cinco años lo que indica que aún sigue siendo de suma importancia diseñar estrategias para prevenir y controlar esta enfermedad.

Otro dato interesante fue que el 100 por ciento de la población enferma por diabetes mellitus tipo 2 presenta algún grado de obesidad; a pesar de que la infección de vías urinarias no estaba dentro de las diez causas de morbilidad en la priorización de daños en nuestro estudio, se encontró que hay una incidencia significativa del 11.43 por ciento. Los accidentes representan el 15.82 por ciento de incidencia en la población mayor de 16 años que conduce.

Conclusiones: En el análisis de los resultados se observó que la población de la tercera edad es la que representa el mayor número de individuos en la encuesta realizada, esta colonia tiene una característica particular ya que en ella habitan trabajadores al servicio del estado y actualmente muchos de ellos han concluido su periodo laboral (jubilados y/o pensionados). Las mujeres en edad fértil tienen una tasa de fecundidad del 2.4 lo que se refleja en los nacimientos ocurridos en el año 2007 (Cinco), el crecimiento natural de la población aún sigue siendo positivo aunque ya se asemeja a grupos sociales de Europa Central.

2. INTRODUCCIÓN

Hoy día el diagnóstico de salud es considerado como una medida inicial en la planificación de acciones en salud, ya que surge por la necesidad de conocer aquellos factores que condicionan la salud del individuo y su entorno para así poder tomar medidas de acción a los problemas en salud tanto a nivel epidemiológico como económico-social de una manera viable.

Este diagnóstico fue realizado a la Unidad Médico Familiar Xalapa II, Fovissste en la ciudad de Xalapa. En la actualidad tanto el país como el estado y nuestra población de estudio presentan cambios transicionales epidemiológicamente hablando, para lo cual se requieren cambios en las estrategias y acciones para la prevención y control de enfermedades.

Conocer el estado de salud que guarda esta población a través de dos métodos diferentes de investigación (bimétodo) llevó a tener un mejor conocimiento sobre las

condiciones de salud ya que se analizó estadísticamente las características sociodemográficas, se identificaron los principales daños a la salud de esta población a través de una priorización de daños de los datos obtenidos del Sistema Información de Estadística Local y se evaluaron posibles factores de riesgo para estos daños a través de información recolectada por una encuesta levantada a nuestra población.

El segundo abordaje ayudó a obtener la percepción que dicha población tiene sobre su estado de salud, la cual se obtuvo a través de entrevistas directas. El conjunto de ambos métodos conlleva a tener un mejor entendimiento del estado de salud que tiene esta población y de las causas que lo condicionan para así crear estrategias y programas para el fomento a la salud.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Argumentación teórica

De acuerdo al concepto de salud pública de la Organización Panamericana de la Salud[1] es la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas, es decir, que no sólo se debe a la presencia o ausencia de patologías sino también a las condiciones sociales propias del desarrollo de la sociedad, como menciona Julio Frenk "confluyen lo biológico y social, el individuo y la comunidad, lo público y privado"[2].

La salud está condicionada por la estructura socioeconómica que determina incluso, el nivel ideológico, o sea el conocimiento, las creencias, los hábitos y la conducta de la población.[3]

El desafío actual del sector salud se enfrenta en el cumplimiento del fortalecimiento de la función rectora de las autoridades en salud para dar cumplimiento a las funciones esenciales de la salud pública (FESP) que competen al gobierno en sus tres niveles: central, intermedio y local, por lo que es necesario fortalecer a la salud pública; la cual se encarga de prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través de sus 11 funciones[1]:

1. Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción a la salud
4. Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud
5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoye los esfuerzos en salud pública y contribuya a la rectoría sanitaria nacional
6. Regulación y fiscalización en salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

El desarrollo de estas funciones es a través de programas, leyes y normas por lo que tienen implicaciones político-sociales.

Dentro de las FESP la primera contempla la importancia de la elaboración del diagnóstico de salud sistemáticamente a través de los siguientes puntos:

1. Evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y sus determinantes sociales, con énfasis en la identificación de desigualdades en riesgos, daños y acceso a servicios.

2. Identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda de servicios de salud.

3. Manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.

4. Generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.[1]

El nivel de salud de una población expresa los resultados de la acción de los diversos factores que tienen influencia en su mantenimiento y en la producción de la enfermedad, de los defectos físicos y de los traumatismos en la duración de la vida en la fertilidad y en el bienestar físico y mental de la población[5]. Por lo que observamos que; las enfermedades no tienen una causa única sino que son condicionadas por diversos factores, la producción de todo caso nuevo de una enfermedad está determinada por los factores dependientes de la triada: huésped-agente-ambiente.

La salud de las personas es un derecho inherente, ya que se puede estudiar desde las diferentes perspectivas, tales

como la económica, social, necesidades alimentarias, política, sin embargo, para poder identificar los problemas o necesidades de la población se necesita la realización de lo que se conoce como Diagnóstico de Salud.

De acuerdo a Alegre Viñas *et al*.[4] un diagnóstico de salud trata de identificar los problemas y necesidades de una población a través de una serie de fases tales como: recolección de datos a partir de una serie de fuentes, descripción del área, análisis de la información e identificación de problemas; elementos que orientan a seleccionar información relevante ayudándonos a reflejar las diferencias sociales y culturales.

El diagnóstico de salud es un tipo particular de investigación que busca conocer características de la salud-enfermedad de una población; donde una vez obtenida la información se puedan establecer medidas de acción para minimizar o prevenir los daños a la salud[5].

La utilidad de un diagnóstico de salud consiste en que permite conocer los problemas, necesidades de una población y los recursos de los que se 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 lo condicionan así como los recursos con que se cuentan para atacarlos. "El conocimiento de las condiciones apuntadas permite establecer prioridades de acción, formular los programas conducentes o incrementar los ya existentes"[7].

Para Ladrón de Guevara[6], un diagnóstico de salud debe realizarse de la siguiente manera:

1. Delimitación de área geográfica y población a diagnosticar.
2. Elección entre universo y muestra.
3. Definición de variables e indicadores: Características del área a diagnosticar, características demográficas, Daños a la salud (Mortalidad y morbilidad), factores de riesgo para la salud (infraestructura, humanos, estilos de vida).

Un diagnóstico de salud de acuerdo a Álvarez Alva[6], debe tener ciertas características:

Objetividad: Presentación de datos de manera cuantitativa para evitar subjetividad.
Precisión: Refiriéndose a la población de estudio y su medio.
Integridad: Lo más completa posible para conocer y evaluar el estado de salud de la población de estudio.
Temporalidad: Tiempo determinado."

Debido a que el diagnóstico de salud permite el conocimiento sobre los daños que aquejan a una sociedad y la planeación de los servicios, diversos grupos se han dedicado a realizar estudios sobre estos como Alegre Viñas et Al.[4] quienes hicieron una revisión acerca del concepto de diagnóstico de salud, explicando sus fases, finalidad y utilidad; la metodología que utilizaron para la realización de esta investigación consistió en el análisis de diagnósticos de salud así como una revisión bibliográfica de documentos de la Organización Mundial de Salud (OMS).

3.2. Argumentación empírica

En México, el Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012) se basa en el análisis del diagnóstico de salud que desde hace 50 años se viene realizando, donde se destaca que a mitad del siglo XX las enfermedades infecciosas eran las principales causas de muerte, hoy día predominan las causas por enfermedades no transmisibles. Dicha transición esta ligada al envejecimiento de la población así como a los riesgos relacionados con los estilos de vida poco saludables dentro de los que se pueden encontrar: tabaquismo, consumo de alcohol, mala nutrición, consumo de drogas y practicas sexuales de riesgo[7].

En el Estado de Veracruz, el Plan Veracruzano de Desarrollo (2005-2010) hace referencia a la nueva realidad epidemiológica del país, donde las enfermedades infecto-contagiosas han disminuido su incidencia en las últimas cinco décadas como resultado de las políticas sanitarias, sin embargo, se ha incrementado la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas en especial la hipertensión arterial y la diabetes en relación al contexto nacional[8].

En la actualidad la esperanza de vida es de 75 años[7] a nivel nacional y la población se encuentra en un proceso de envejecimiento, por su parte, el descenso en la fecundidad que ocurre en estadios ulteriores de la transición demográfica afecta a la estructura por edades y repercute sobre el perfil de morbilidad, pues la proporción creciente de personas de edad avanzada aumenta la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos.

Este proceso ha sido de tal magnitud que incluso las pirámides nacional y estatal muestran una reducción en su base y un ensanchamiento en el vértice. En la pirámide poblacional del Estado de Veracruz del 2005 se observa que 8.7 por ciento está conformado por la población menor de cinco años, 20.8 por ciento es población adolescente, 53.7 por ciento son adultos jóvenes (15-49 años), 10.1 por ciento corresponde a adultos intermedios (50-64 años) y 6.7 por ciento son adultos de 65 años y más[9].

En la pirámide poblacional nacional del 2005 se observa que la población menor de cinco años representa 5.1 por ciento, la población de cinco a 14 años de edad corresponde a 5.3 por ciento de la población total, los adultos jóvenes representan 4 por ciento de la población total, 1.6 por ciento corresponde a adultos intermedios y 6 por ciento en adultos de 65 años y más[10].

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Justificación

Como se ha mencionado un diagnóstico de salud ayuda a conocer los problemas y necesidades de una población; así como los factores que lo condicionan donde dicho conocimiento permite establecer prioridades de acción, formular políticas e intervenciones para la prevención de los daños.

El presente diagnóstico de salud está dirigido hacia los derechohabientes del ISSSTE que asisten a consulta de primer nivel de atención a la Unidad Médico Familiar Xalapa II, Fovissste (UMF Fovissste). La población adscrita es de 3,518; de los cuales 1,582 son hombres, 1,936 mujeres; sin embargo, en la clínica se atiende aproximadamente a 1,500 pacientes según datos de expedientes físicos del archivo clínico de la unidad.

Encontramos que la UMF FOVISSSTE no cuenta con diagnóstico de salud propio desde su fundación en el año de 1991;sin embargo, existe un diagnóstico de salud del año 2006[11] de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa que en sus estadísticas engloba a todas las clínicas periféricas de la ciudad y la región.

En dicho diagnóstico se recomienda dar mayor énfasis en la modificación de estilos de vida, poner mayor atención al estrés como factor de riesgo, apoyo a la población envejecida e involucrar al personal de salud de la Clínica Hospital en la elaboración de diagnósticos de salud; sin embargo, este no es específico de la UMF Fovissste y las actividades de promoción que se han desarrollado en la Clínica Hospital no llegan a cubrir los derechohabientes adscritos a la UMF Fovissste.

El diagnóstico de salud al ser una herramienta que da información tanto económica como social, así como de los daños a la salud de la población y los recursos con los que se cuenta para el mejoramiento de las condiciones de salud; éste debería ser aplicado en las instituciones de salud de manera consecutiva.

La población adscrita a la UMF Fovissste; en su mayoría es de la tercera edad. A grosso modo según el Sistema Integral de Prestaciones Económicas del ISSSTE observamos que la población de mayores de 60 años corresponde a 24 por ciento de la población total con 838 derechohabientes, seguido de 313 de 19 a 24 años (8.90 por ciento) y 303 de 55 a 59 años (8.61 por ciento)[a]. Este trabajo plantea realizar un abordaje bimétodo, es decir, cuantitativo y cualitativo; el primero pretende estudiar e identificar los factores de riesgo de las enfermedades priorizadas para poder generar intervenciones en salud acordes a la problemática; mientras que el segundo abordaje busca conocer la percepción de la salud de los usuarios derechohabientes de la UMF Fovissste para conocer el estado de salud que estas personas tienen y la manera en como ellos la están observando.

Se busca también las razones que los usuarios consideran del por qué llegó al estado actual.

Se pretende conocer la percepción del prestador de servicios de salud en relación a la percepción que él tiene sobre el estado de salud de los derechohabientes y el por qué, y por último en relación al directivo buscamos conocer la percepción que tiene sobre el estado de salud de los derechohabientes así como las acciones que debe tomar para resolver los problemas que la institución presenta y si éstas favorecerán los cambios en el estado de salud de los usuarios; así como los retos que ellos tienen que enfrentar para mejorar la salud de sus derechohabientes.

Al término de la presente investigación el análisis de estas percepciones de los diferentes actores sociales, permitirá realizar sugerencias para mejorar las estrategias de intervención, las cuales se harán llegar a los tomadores de decisiones; también se busca que con el análisis demográfico y epidemiológico se contribuya a la evaluación, ejecución y planeación de programas y actividades para ayudar a preservar y mejorar la salud

[a] *Datos obtenidos del Departamento de vigencias de la Clínica Hospital Issste Xalapa.*

de los derechohabientes que asisten a consulta en la UMF Fovissste.

4.2. Escenario del diagnóstico

En México, el Sistema Nacional de Salud, está constituido por instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que en su conjunto son una de las grandes fortalezas del país[12].

Dichas instituciones para dar servicio a la población se encuentran organizadas territorialmente a través de delegaciones; en el caso del ISSSTE desde su fundación en 1960[13] nace con la visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores; actualmente el ISSSTE "protege alrededor de diez millones de habitantes del país, lo que significa que uno de cada diez mexicanos es atendido por la Institución"[14]; la cual está dividida en tres niveles de atención: El primero comprende consulta externa general y atención a los programas de medicina preventiva en las más de mil unidades de medicina familiar distribuidas en toda la República; el segundo nivel se concentra en la medicina de especialidad en modalidades de consulta externa, hospitalización y urgencias dejando al tercer nivel de atención a hospitales regionales de alta especialización y formación de recursos humanos para la salud[14].

En 1978[14] se funda en el estado la Delegación de Veracruz con cuatro subdelegaciones: Médica, Administrativa, Sociales y Culturales y la Subdelegación Jurídica, así como con siete clínicas hospitales ubicadas en las ciudades de: Xalapa, Veracruz, Córdoba, Orizaba, Coatzacoalcos, Tuxpan y Poza Rica.

En la Ciudad de Xalapa, el 29 de abril de 1989 en la colonia Obrero Campesino de esta ciudad se fundó la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa de segundo nivel de atención.

La Clínica Hospital Xalapa otorga servicios médicos preventivos y curativos a los trabajadores y familiares que laboran en dependencias federales; "el total de su población adscrita es de 73,973 derechohabientes, siendo su población usuaria de 56, 951 derechohabientes"[15].

Para dar una mejor atención a sus derechohabientes tiene ocho unidades de primer nivel de atención en los siguientes lugares: Coatepec, Perote, Fovissste Xalapa, Inmecafé Xalapa, Rinconada, Xico, Altotonga y Atzalan; y dos consultorios auxiliares que se encuentran ubicados en la Secretaría de Educación de Veracruz y en las oficinas del Sindicado Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE sección 32), ambas en Xalapa.

Así en 1991 la Clínica Hospital estableció la Unidad de Primer nivel en la Colonia Fovissste.

4.3. Preguntas de investigación

4.3.1. Pregunta de investigación cuantitativa

¿Cuál es el estado de salud-enfermedad que guardan los derechohabientes del ISSSTE de la Unidad Médico Familiar Xalapa II FOVISSSTE en Xalapa, Veracruz?

4.3.2. Preguntas de investigación cualitativa

¿Cómo perciben su estado de salud los usuarios derechohabientes del ISSSTE?
¿Cuál es la percepción que tiene el prestador de servicios sobre la salud de los derechohabientes del ISSSTE?
¿Cuál es la percepción que tiene el directivo sobre la salud de los derechohabientes del ISSSTE?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Valorar el estado de salud-enfermedad de los derechohabientes del ISSSTE en la unidad Médico Familiar Xalapa II Fovissste Xalapa, así como la percepción del estado de salud de los usuarios, prestadores de servicios de salud y directivos para la toma de decisiones.

5.2. Objetivo específico

5.2.1. Cuantitativos

- Analizar los daños a la salud que predominan en la población derechohabiente de la Unidad Médico Familiar Xalapa II, Fovissste.
- Identificar factores de riesgo de las enfermedades priorizadas en la población derechohabiente de la Unidad Médico Familiar Xalapa II, Fovissste
- Analizarlos recursos para la salud relacionados con los daños y sus factores de riesgo, de la población derechohabiente de la Unidad Médico Familiar Xalapa II, Fovissste.
- Realizar recomendaciones para mejorar las acciones

de la unidad encaminadas a elevar el estado de salud de la población derechohabiente.

5.2.2. Cualitativos

• Conocer la percepción sobre salud, que tienen los derechohabientes, prestadores de servicio y directivos.

6. METODOLOGÍA

6.1. Abordaje cuantitativo

6.1.1. Tipo de estudio y diseño

De acuerdo al tipo de investigación especial que presenta la elaboración de un diagnóstico de salud, el análisis y alcance de los resultados, es un estudio observacional, debido a que no existe un diagnóstico de salud previo en la unidad éste fue exploratorio, descriptivo, según el periodo y secuencia del estudio es transversal ya que sólo se realizó una medición en el tiempo.

6.1.2. Descripción del universo y muestra

Para la investigación se tomó como universo de estudio a los derechohabientes usuarios titulares de la UMF Fovissste; los cuales dan un total de 660 según expedientes físicos del archivo clínico.Una vez que fueron establecidos los objetivos y propósitos del estudio, se procedió a hacer el diseño muestral determinando en primera instancia el tamaño de muestra bajo la siguiente fórmula:

Donde: $$n_0 = \frac{Z^2 P (1-P)}{d^2}$$

	Significado	Valor
n_0	Tamaño de la muestra inicial	
p	Proporción	0.5
d	Precisión	0.05 o 5%
z	Confianza	1.96
N	Tamaño de universo	660 titulares

"**p**" es la proporción estimada de la variable de interés de la población, siendo la tasa de respuesta la variable de interés, se coloca con p=0.5 para obtener el tamaño de la muestra máxima.

El cálculo fue de la siguiente manera:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2\ 0.5\ (1-0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = \frac{(3.8416)\ 0.5\ (0.5)}{0.0025}$$

$$n_0 = \frac{0.9604}{0.0025}$$

$$n_0 = 385$$

Como el cociente entre el tamaño de muestra inicial y el tamaño de universo es mayor de 0.05 se procedió a realizar un ajuste con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Despejando se obtiene:

$$n = \frac{385}{1 + \frac{385}{660}} \qquad n = \frac{385}{1.5833} \qquad n = 244$$

Donde "n" es el tamaño de muestra final mínimob, dando como resultado: 244 derechohabientes usuarios titulares. Para la selección de los derechohabientes titulares a encuestar se utilizó un muestreo aleatorio simple de los 660 expedientes de los derechohabientes titulares de la unidad, la unidad de estudio fueron las familias de los titulares usuarios de dicha unidad médica, a partir de la selección se obtuvo el domicilio de éste para realizar la encuesta en la vivienda de los usuarios.

Criterios de inclusión:

• Titulares derechohabientes del ISSSTE usuarios de la consulta médico general de la UMF Fovissste.

Criterios de exclusión:

• Personas que sean derechohabientes del ISSSTE usuarios de la consulta médico general de la UMF Fovissste que habite fuera de la Unidad Fovissste.
• Personas que sean derechohabientes del ISSSTE usuarios de la consulta médico general de la UMF Fovissste que sean menores de 18 años al momento de la entrevista.
• Personas que sean derechohabientes del ISSSTE usuarios de la consulta médico general de la UMF Fovissste que por algún motivo de enfermedad o discapacidad no puedan participar en la entrevista.

Criterios de eliminación:

• Personas que no quieran participar.
• Personas que no se encuentren en su domicilio en el periodo de la entrevista.
• Personas que hayan fallecido.

[b] *Análisis de datos tabulados OPS Epidat*

6.1.3. Priorización de daños

6.1.3.1. Aspectos básicos

La priorización de daños a la salud, busca establecer un orden de importancia de las diferentes patologías que afectan a una población; se deben priorizar los daños a la salud porqué el número de causas de enfermedad o muerte oscila en alrededor de 1000 causas diferentes; además de que investigar y atender todas ellas implicaría disponer de tiempo y recursos infinitos[16]. La priorización de los daños permite también orientar la investigación hacia los factores de riesgo de los daños más importantes y el análisis de los recursos y programas de salud relacionados con estos.

6.1.3.2. Criterios de priorización

Para la morbilidad se utilizaron los siguientes criterios de priorización:
Magnitud: Incidencia: el número de casos nuevos entre la población en riesgo
Trascendencia: Tasa de mortalidad especifica por causa: número de defunciones por causa entre población en riesgo.

Los criterios que se utilizan para la priorización de daños son con base a mortalidad los siguientes:

Magnitud: Número de casos que se presentan por evento el cual se mide con las tasas específicas por causa de mortalidad.

Trascendencia: Es el impacto social que un daño en particular tiene en la sociedad; se toma como indicador los años de vida potencialmente perdidos (AVPP).

Vulnerabilidad: Es la capacidad que tienen los servicios de salud para controlar el daño, y se mide con la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) [20].

6.1.3.3. Proceso de priorización y resultados

En este proceso se realizó una priorización de daños para morbilidad, para medir la magnitud se obtuvo la incidencia a partir del SIEL de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa. La mortalidad específica por causas se obtiene a partir del numero de fallecimientos ocurridos por la enfermedad a estudiar entre la población en riesgo, los datos se obtuvieron del SIEL de la Clínica Hospital.

Una vez obtenidos la incidencia y la tasa de mortalidad específica por causas se multiplica tasa de incidencia específica por tasa de mortalidad específica por causa para la obtención de la priorización del daño que se está estudiando.

La priorización de daños para mortalidad se obtuvo a partir de la multiplicación de la tasa específica de mortalidad por causas, los años de vida potencialmente perdidos y la razón estandarizada de mortalidad.

Cada equipo realizó la priorización de daños de su sede; a continuación se seleccionaron los once daños que se repitieron con mayor frecuencia entre las diversas sedes; los cuales fueron sorteados entre los once equipos de prácticas profesionales para la determinación de sus variables y evaluación de sus factores de riesgo correspondiéndole al nuestro las infecciones de vías urinarias.

A continuación se presenta la priorización de daños de la morbilidad y mortalidad de la UMF Fovissste del año 2006

Tabla 1. Incidencia de morbilidad de la UMF Fovissste 2006

Clave CIE	Diagnóstico	Magnitud	Trascendencia	Priorización
		Incidencia*	Tasa de Mort. por causa*	
J00.X J02.9 J06.8 J20.9 A02.9 J03.8 J30.4	Infección de vías respiratorias	52.30	0.85	44.60
I10.X	Hipertensión arterial	10.53	1.21	12.74
A09.X B82.9 A06.9	Gastroenteritis	17.91	0.28	5.09

Fuente: SIEL Clínica Hospital ISSSSTE Xalapa. Octubre de 2008.
**Tasa por 100,000 derechohabientes*

Tabla 2. Priorización de mortalidad de la UMF Fovissste. De acuerdo a magnitud, trascendencia y vulnerabilidad

Clave CIE 10	Diagnóstico	Vulnerabilidad REM	Trascendencia AVPP	Magnitud TMC*	Priorización
J18.1, J18.9, J22.X	Infecciones Respiratoria Aguda (IRAS)	3.8	74.0	53.22	14,965
E11.2 E11.4, E11.5 E11.9, E14.4	Diabetes mellitus tipo 2	28.2	223.0	1.39	8,735
K70.3 K72.9, K74.6 K76.6,	Enfermedad Hepáticas	15.4	120.5	3.52	6,513

Fuente: Sistema Nacional de Defunciones del ISSSTE 2005.
**Tasa por 100,000 derechohabientes*

La agrupación de las enfermedades se hizo con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) donde: Dentro del grupo de infecciones respiratorias agudas se integraron padecimientos como Rinofaringitis, bronquitis aguda no especificada, faringitis, amigdalitis aguda; para diabetes mellitus no insulinodependiente se integraron los padecimientos de diabetes mellitus con complicaciones renales, circulatorias periféricas sin mención de complicación y diabetes mellitus no específica con complicaciones neurológicas.

Para las enfermedades hepáticas se agruparon enfermedad alcohólica del hígado, cirrosis hepática, insuficiencia hepática no específica, otras cirrosis del hígado y no específicas e hipertensión portal.

6.1.4. Variables e indicadores para el análisis cuantitativo

A continuación se muestran las tablas donde se presentan las variables, dimensiones, escalas de medición y sus correspondientes indicadores y que fueron utilizadas para alcanzar los objetivos de este trabajo:

Las variables se integran en cuatro apartados: el demográfico que está constituido por edad, sexo y crecimiento natural.

El segundo apartado contiene la definición de las variables, indicadores e índices utilizados para la priorización de los daños.

El tercer apartado contiene las variables para el análisis epidemiológico, integrado por la morbilidad y mortalidad, en la primera se integran los indicadores sobre: infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, infección de vías urinarias, hipertensión arterial, diabetes mellitus, y alcoholismo; en el segundo se contemplan indicadores sobre las causas de muerte priorizadas: diabetes mellitus, cirrosis hepática, infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial y accidentes de tráfico por vehículo de motor

El cuarto apartado esta conformado por los factores de riesgo para las causas de morbilidad y mortalidad.

En el quinto apartado se presentan algunos indicadores que permite analizar algunas características de los servicios como la derechohabiencia, la utilización de los mismos, así como la satisfacción de los usuarios de estos servicios en la población en estudio.

Tabla 3.

6.1.4.1. Variables demográficas

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.		Edad proporcionada por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda.	Cuestionario	Discreta	Frecuencia absoluta y porcentaje de la población por grupos quinquenales de edad y sexo
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.		Sexo declarado por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda.	Cuestionario	Nominal	Frecuencia absoluta de sexo.
			Hombre			Razón hombre mujer
			Mujer			Porcentaje de la población por sexo
Crecimiento Natural	Diferencia entre el numero de nacimientos y muertes de una población en un periodo de tiempo determinado	Nacimientos ocurridos en 2006	Número de nacimientos en 2006 (según declaración del entrevistado) entre la población total en donde ocurrieron esos nacimientos por 1000	Cuestionario	Continua	Tasa de natalidad de una población
		Defunciones ocurridas en 2006	Número de defunciones ocurridos en 2006 (según declaración del entrevistado) entre la población total en donde ocurrieron esas defunciones por 1000	Cuestionario	Continua	Tasa bruta de mortalidad

Tabla 4.

6.1.4.2. Variables para la priorización de daños

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Indicador	Índice de priorización
Morbilidad	Permiten conocer de qué enferman o padecen los habitantes de una región.	Magnitud	Número de casos nuevos entre la población en riesgo.	Sistemas de Información oficiales SIEL	A.- Incidencia acumulada	IPMorb.= AxB
		Trascendencia	Numero de defunciones por causa entre población en riesgo.		B. Tasa de mortalidad por causa específica.	
Mortalidad	Desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo.	Magnitud	Número de defunciones por causa específica para cada grupo de edad entre la población total del grupo etáreo del periodo correspondiente.	Sistemas de Información oficiales SIEL	A. Tasa de mortalidad por causa específica.	IPMort.= AxBxC
		Trascendencia	Sumatoria de los años que los individuos dejan de vivir según la esperanza de vida para un período en particular.		B. Años de vida potencialmente perdidos	
		Vulnerabilidad	Comparación de las defunciones observadas en una población determinada y para una causa específica con respecto a las que se podrían esperar si se aplicaran tasas específicas de mortalidad de una población diferente.		C. Razón Estandarizada de mortalidad.	

Tabla 5.

6.1.4.3.1. Variable epidemiológica

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de Medición	Indicador
Morbilidad	Incidencia	Infecciones respiratorias agudas (IRAS)	Casos nuevos acumulados de IRAS, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de IRAS entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumulada de IRAS en el último mes previo a la entrevista
		Enfermedades diarreicas agudas	Casos nuevos acumulados de EDAS, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de EDAS entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumulada de EDAS en el último mes previo a la entrevista
		Infección de vías urinarias	Casos nuevos acumulados de IVU, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de IVU entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumulada de IVU en el último mes previo a la entrevista
	Prevalencia	Hipertensión arterial	Casos conocidos de Hipertensión arterial en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de HTA entre población en riesgo	Continua	Prevalencia de Hipertensión arterial al momento de la entrevista.
		Diabetes Mellitus tipo 2	Casos conocidos de Diabetes Mellitus tipo 2 en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de Diabetes Mellitus tipo 2 entre población en riesgo	Continua	Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 al momento de la entrevista.
		Alcoholismo	Casos conocidos de Alcoholismo en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de Alcoholismo entre población en riesgo	Continua	Prevalencia de Alcoholismo al momento de la entrevista.

Tabla 6.

6.1.4.3.2. Mortalidad

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de Medición	Indicador
Mortalidad	Desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo.	Diabetes Mellitus	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Diabetes Mellitus tipo 2 en los últimos 5 años en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Diabetes Mellitus tipo 2 entre población en riesgo Defunciones por Diabetes Mellitus Tipo 2 entre Total Casos conocidos de Diabetes Mellitus Tipo 2 en los últimos 5 años	Continua	Tasa de Mortalidad anual por Diabetes Mellitus tipo 2. Tasa de Mortalidad por DM2 anual por grupo de edad. Letalidad por Diabetes Mellitus tipo 2 en los últimos 5 años.
		Cirrosis	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Cirrosis durante el último año.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Cirrosis entre población en riesgo	Continua	Tasa de Mortalidad anual por Cirrosis Tasa de Mortalidad por Cirrosis anual por grupo de edad.
		Infarto al Miocardio	Defunciones conocidas a infarto al Miocardio durante el último año.	Cuestionario	Defunciones conocidas por Infarto al Miocardio entre población en riesgo	Continua	Tasa de Mortalidad anual por Infarto al Miocardio Tasa de Mortalidad por Infarto de Miocardio anual por grupo de edad.
		Hipertensión Arterial	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Hipertensión Arterial en los últimos 5 años en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Hipertensión Arterial entre población en riesgo Defunciones por Hipertensión arterial entre Total Casos conocidos de Hipertensión arterial en los últimos 5 años	Continua	Tasa de Mortalidad anual Hipertensión arterial Tasa de Mortalidad por HTA anual por grupo de edad. Letalidad por Hipertensión arterial en los últimos 5 años.
		Accidentes de Trafico	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Accidentes de Trafico durante el último año y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Accidentes de tráfico entre población en riesgo	Continua	Tasa de Mortalidad anual por accidentes de tráfico. Tasa de Mortalidad por accidentes de tráfico anual por grupo de edad.

Tabla 7.

6.1.4.4. Factores de riesgo para los daños priorizados (Morbilidad)

Factores de riesgo para Infecciones respiratorias agudas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	indicador
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Si la persona tiene población con menos de 5 años cumplidos o mayor de 60 se considera factor de riesgo	Cuestionario	Cuantitativa Continua	Frecuencia absoluta y porcentaje de la población con menos de 5 años cumplidos o mayor de 60.
Peso al nacer	Peso al nacimiento de un recién nacido de término. Si es menor de 2.500 Kg se considera factor de riesgo	Reporte del peso al nacimiento de los menores de 5 años por la persona responsable de su cuidado. < 2.500 bajo peso al nacer factor de riesgo > 2.500 0 sin factor de riesgo	Cuestionario	Nominal (cualitativa)	Frecuencia absoluta y porcentaje de menores de 5 años reportados con bajo peso al nacer
Lactancia materna	Es la alimentación exclusiva de un menor de seis meses a base de la leche de la madre.	Menor de 2 años que no haya recibido lactancia materna durante los primeros seis meses de vida reportado por la persona responsable de su cuidado.	Cuestionario	Nominal (cualitativa)	Frecuencia absoluta y porcentaje de menores de 2 años
Esquema de vacunación	Es la aplicación de vacunas según el esquema de la cartilla de vacunación-	Población que registre en su cartilla de vacunación el esquema completo de acuerdo a la edad.	Cuestionario	Nominal (cualitativa)	Frecuencia absoluta y porcentaje de la población con un esquema de vacunación completo y frecuencia absoluta y porcentaje de la población con esquema de vacunación incompleto.
Combustible para cocinar	Material o energía que se usa con mayor frecuencia en la vivienda para cocinar o calentar los alimentos. Se clasificarán en: carbón, electricidad, gas, leña y petróleo.	Población que reporte utilizar con frecuencia leña o carbón para cocinar	Cuestionario	Nominal Cualitativa dicotómica	Frecuencia absoluta y porcentaje de la población que use leña o carbón para cocinar

Continuación de tabla 7.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Medición	Escala de medición	indicador
Presencia de inmunosupresión	Población que padezca alguna enfermedad o trastorno que provoque una inmunosupresión.	Población que padezca Diabetes.	Población que reporte padecer Diabetes	Cuestionario	Con un punto ya se considera a la persona con factor de riesgo.	Nominal (cualitativa)	Frecuencia absoluta y Porcentaje de población con algunos de estos padecimientos: VIH, SIDA, Diabetes, Cáncer, Enfermedad autoinmune
		Población que padezca Cáncer.	Población que reporte padecer Cáncer 1 si 0 no	Cuestionario			
Fumador pasivo	Es la persona expuesta en su vivienda al humo de tabaco proveniente de un fumador activo.	Presencia de fumador(es) activos en la vivienda	Vivienda que reporte residente(s) que sea(n) fumador(es) activos 1 si 0 no	Cuestionario	Con un punto ya se considera a la persona con factor de riesgo.	Nominal cualitativa dicotómica	Frecuencia absoluta y Porcentaje de población
		Lugar habitual de la vivienda donde se fuma	Si el fumador(es) fuma dentro o fuera del domicilio 1 si 0 no	Cuestionario			
Hacinamiento	Alojamiento de tres o mas personas por habitación en una vivienda particular	No. De residentes	No. De personas que residan en el domicilio.	Cuestionario	Número de residentes /numero de habitaciones. Tres o mas personas por habitación se considera hacinamiento	Nominal (cualitativa)	Frecuencia absoluta y Porcentaje de la población que haya sido clasificada como hacinada.
		No de habitaciones	No. De habitaciones sin contar el baño ni cocina exclusiva que conformen el domicilio.	Cuestionario			
Capacitación en IRA	Capacitación proporcionada por una institución de salud en la prevención, manejo y detección de signos de alarma en IRA		Población responsable de menores de 5 años y /o mayores de 60 años y personas mayores de 60 años que reporte no estar capacitada en IRA por alguna institución de salud 1 si 0 no	Cuestionario		Nominal (cualitativa)	Frecuencia absoluta y Porcentaje de la población no capacitada en IRA
Analfabetismo	Persona mayor de 15 años que no sabe leer y escribir.		Población mayor de 15 años que reporte no saber leer ni escribir.	Cuestionario		Nominal (cualitativa)	Frecuencia absoluta y Porcentaje de la población mayor de 15 analfabeta

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Índice	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Nivel de vida	Disponibilidad de bienes materiales e instalaciones en la vivienda que proporcionan comodidad, acceso a algunos medios masivos de comunicación o aligeran las tareas domésticas.	Nivel de Vida alto, medio o bajo determinado por la disponibilidad en la vivienda de: • Licuadora • Radio o radiograbadora • Televisión • Videocasetera • Calentador de agua • Refrigerador • Teléfono • Lavadora • Computadora • Automóvil o camioneta	Se medirá a través de un índice ponderado de acuerdo a los siguientes valores: Bienes Ponderación Licuadora1 Radio o radiograbadora 2 Televisión 3 Videocasetera o DVD 4 Calentador de agua 5 Refrigerador 6 Teléfono 7 Lavadora 8 Computadora 9 Automóvil o camioneta 10 Sin hacinamiento 10 Tasa bruta de actividad 10 Nivel de vida bajo = 0 – 25 puntos Nivel de vida medio = 26 – 50 puntos Nivel de vida alto = 51 – 75 puntos	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de viviendas según nivel de vida.

Tabla 8. Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda, factores biológicos:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo que la persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista[c].	Edad en años y meses del menor de 5 años proporcionada por el informante.	Cuestionario	Discreta	Porcentaje de niños menores de 5 años
Higiene personal inadecuada	No lavarse las manos antes de comer.	Menores de 5 años y personas responsables de ellos, que no se lavan las manos antes de comer.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que no realiza lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.
	No lavarse las manos después de ir al baño.	Menores de 5 años y personas responsables de ellos, que no se lavan las manos después de ir al baño.			

[c] *INEGI (base de datos en Internet). México: Sistema Nacional Estadístico y de Información Geográfica (acceso 27 de Octubre del 2007). Glosario Completo; (aproximadamente 10 pantallas). Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/glogen.asp?t=ccp2005&c=7325*

Continuación tabla 8

Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda, factores socioculturales

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Higiene alimentaria inadecuada	Condiciones y medidas inadecuadas que no garantizan la seguridad y adecuación de los alimentos en toda la cadena alimentar.[d]	No lavado de manos.	No lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que no se lava las manos antes y después de ir al baño.
		Manejo inadecuado de frutas y verduras.	No lavar ni desinfectar frutas y verduras.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que no lava y desinfecta frutas y verduras.
		Ingesta de agua no purificada o hervida.	Beber agua no purificada o no hervida.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que bebe agua no purificada o hervida.
Ausencia de lactancia materna	Ausencia de alimentación de los niños con leche materna durante los primeros seis meses de vida.[d]		Niños menores de 5 años que durante los primeros seis meses de vida no recibieron lactancia materna.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de niños menores de 5 años que no fueron alimentados con lactancia materna durante los primeros seis meses de vida.
Nivel educativo bajo	Bajo nivel escolar alcanzado por las personas dentro del sistema educativo nacional.		Personas que están a cargo de los menores de 5 años sin haber concluido el nivel primaria.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas que están a cargo de los menores de 5 años sin haber concluido el nivel primaria.
Nivel económico bajo	Viviendas que carecen de los satisfactores materiales mínimos indisipensables		Suma de los valores dados a los bienes materiales, con una puntuación 0-10	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de vivienda con nivel económico bajo

[d] *BVS. DeCS. (base de datos en Internet). São Paulo/SP – Brasil. Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud. (acceso 26 de Octubre del 2007). CONSULTA AL DECS ; (1 pagina en pantalla). Disponible en: http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm*

Continuación tabla 8

Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda, factores ambientales:

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Índice de calidad de la vivienda	Índice de calidad de la vivienda determina si la misma se considera factor de riesgo o no para las enfermedades diarreicas agudas con base a los atributos referentes a los materiales, espacios y servicios básicos	Mala calidad del material de construcción de la vivienda	Piso de tierra donde se pueden alojar parásitos.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de viviendas con piso de tierra.
		Disponibilidad de agua de una red pública dentro de la vivienda[3].	Sin disponibilidad de agua entubada dentro de la vivienda.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de viviendas que no disponen de agua entubada dentro de la vivienda.
		Disponibilidad de drenaje en la vivienda[3].	Sin disponibilidad de un sistema de tubería para eliminación de agua de la vivienda que ocasiona acumulación de agua como fuente de contaminación.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de viviendas que no disponen de un sistema de drenaje.
		Disponibilidad de excusado o sanitario con descarga directa de agua[3].	Sin disponibilidad de una instalación sanitaria destinada al desalojo de los desechos humanos que condiciona contaminación del ambiente donde se desarrolla el menor de 5 años.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de viviendas que no disponen de excusado o sanitario con descarga directa de agua.
		Disponibilidad de energía eléctrica.	Existencia de energía eléctrica en la vivienda.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de viviendas que no disponen de energía eléctrica.
		Cocina exclusiva.	Si la vivienda dispone de un cuarto para cocinar o calentar los alimentos y que no usa para dormir.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de viviendas que no cuenten con un cuarto exclusivo para cocinar o preparar alimentos.
		Depósitos de basura dentro de la vivienda tapados[3].	Porcentaje de la población que dentro de la vivienda no mantiene tapada la basura	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que dentro de la vivienda no mantiene tapada la basura.
		Almacenamiento de la basura que se genera en la vivienda[7].	Porcentaje de la población que almacena la basura dentro de su vivienda.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que almacena la basura dentro de su vivienda.

Tabla 9. Factores de riesgo para infección de vías urinarias (IVU)

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Sexo-Mujer	1Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Número de personas del sexo femenino	Número de mujeres mayores de 15 años y más que habiten en la vivienda declarado por el encuestado.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población femenina mayor de 15 años y más.
Presencia de alguna inmunosupresión	Población que padezca alguna enfermedad o trastorno que provoque una inmunosupresión.		Persona encuestada que declare que él o algún miembro de la vivienda padezcan alguna de estas enfermedades: VIH, SIDA, Diabetes, Cáncer.	Cuestionario	Cualitativa	Porcentaje de población con: VIH, SIDA, Diabetes, Cáncer,
Alimentación inadecuada	Ingesta de alimentos altos en nitritos, nitratos y sodio.	Consumo de alimentos chatarra (sabritas, hamburguesas, hot-dog, tacos, pizza)	Persona encuestada que declare que él o alguno de los integrantes de la vivienda realice un consumo diario de alimentos chatarra.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que realice un consumo diario de comida chatarra.
	Insuficiente ingesta de agua	Ingesta de líquidos diarios insuficiente	Persona encuestada que declare que él o alguno de los integrantes de la vivienda realicen una ingesta menor de 2 litros de líquidos al día.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población de mujeres de quince años o mas que realice ingesta menor de 2 litros de líquido al día.
Higiene Inadecuada	Ausencia de prácticas, que contribuyen a mantener la limpieza y la salud del individuo	Baño diario	Persona encuestada que declare una ausencia de prácticas de limpieza que no contribuyen a mantener la salud del individuo en él o alguno de los habitantes de la vivienda.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que no realice el baño diario.
		Mala técnica de limpieza en la micción de mujeres de 15 años y más.	Mujer de 15 años y más encuestada que declaren no tener una técnica correcta de limpieza en la micción: (Limpieza correcta: de adelante hacia atrás)	Cuestionario		Porcentaje de mujeres de 15 años y más con mala técnica de limpieza en la micción en relación al total de la población femenina con 15 años y más.
		Uso de baños públicos o letrinas por mujeres de 15 años y más.	Mujer de 15 años y más encuestada que refiera el uso frecuente de baños públicos o letrinas.	Cuestionario		Porcentaje de la población de mujeres de 15 años y más que usa baños públicos o letrinas.
Practicas sexuales de riesgo	Las actividades en las que existe relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes		Mujer de 15 años y más con vida sexual activa encuestada que refiera el no uso de condón.	Cuestionario	Nominal	-Porcentaje de población de mujeres de 15 años y más con vida sexual activa que no use condón.

Tabla 10. Factores de riesgo para morbilidad por diabetes mellitus tipo II

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de Medición	Indicador
Edad	Años cumplidos en el que los diabéticos fallecieron.		Edad en la que el familiar diabético falleció, declarado por el entrevistado.	Cuestionario		Nominal	% de pacientes diabéticos que fallecieron mayores de 45 años.
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres		Sexo del familiar fallecido por diabetes, declarado por el entrevistado.	Cuestionario		Nominal	% de hombres y mujeres que murieron que tenían diabetes.
Tabaquismo	Adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica.		Familiares diabéticos muertos que fumaban más de 10 cigarros al día, declarado por el entrevistado.	Cuestionario		Nominal	% de paciente diabéticos que murieron y tenía el hábito de fumar.
alcoholismo	Es una enfermedad crónica producida por la ingestión de bebidas alcohólicas, a un nivel que interfiere con la salud física o mental del individuo y con las responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales.		Pacientes diabéticos que tenían un consumo de bebidas alcohólicas de más de 3 veces por semana superior a dos vasos de tequilas, cubas o dos cervezas, declarado por el encuestado.	Cuestionario		Nominal	% de pacientes diabéticos que murieron y tomaban un nivel superior de alcohol.
Alimentación no saludable	Una alimentación alta de hidratos de carbono simples.		Personas diabéticas que fallecieron y que no siguieron una dieta especial para diabéticos, declarado por el encuestado.	Cuestionario		Nominal	% de pacientes diabéticos que fallecieron y que no llevaron una alimentación para diabéticos.
Tipo de servicio de salud	Institución donde el paciente diabético recibía atención para su enfermedad.		Paciente diabético fallecido que no asistía a una institución donde atendiera su enfermedad, declarado por el encuestado	Cuestionario		Nominal	% de pacientes diabéticos que no acudían a alguna institución a atender su padecimiento.
Obesidad	La obesidad es un exceso de grasa, determinado por un Índice de masa corporal o IMC aumentado		Individuo del sexo masculino con Índice de masa corporal mayor a 30	Cuestionario	Medición por autopercepción a través de figuras por sexo donde partir de figura 5 se considera obesidad	Nominal	Cualitativa Nominal Dicotómica

Factores de riesgo socio culturales	Dieta inadecuada	Ingesta de tipos inapropiados y cantidades inadecuadas de alimentos y bebidas que no proporcionar nutrición y energía[7]	Consumo de alimentos que fuercen al hígado a un trabajo excesivo como Café, Grasas animales: carne de puerco, res y pollo c/grasa, alimentos procesados, enlatados, refinados. Azucares y harinas refinadas.	Proporción del consumo de alimentos inadecuados para el hígado		Cuantitativa – continuo - ordinal
	Actividad física	cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo mas fuerte de lo normal[8]	Frecuencia de ejercicio adicional a su vida normal	Frecuencia, tipo, cantidad		Cuantitativa – continuo - ordinal
	Ingestión de bebidas alcohólicas	La ingestión es la introducción de la bebida alcohólica en el cuerpo y se realiza a través de la boca. [11]	Toda persona diagnosticada con cirrosis hepática que ingiera alguna bebida alcohólica	Bebida que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen.		Cuantitativa – continua - nominal

Tabla 11. Daño por morbilidad hipertensión arterial .

Se identificará como portador de hipertensión arterial a aquella persona que, según el informante, haya sido diagnosticada en el último año a la fecha con una presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg.

Variables de los factores de riesgo	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de medición	Indicador
Edad	Número de años vividos por la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.		Adultos mayores de 20 años tienen más riesgo de enfermar de hipertensión arterial.	Encuesta		Discreta	Frecuencias absolutas por edades.
Sexo	Características anatómicas y fisiológicas que individualizan la distinción entre hombres y mujeres.		El sexo masculino tiene más riesgo de enfermar por hipertensión arterial.	Encuesta		Nominal	Porcentaje de población afectada por hipertensión arterial, por sexo.
Antecedentes heredofamiliares	Identificación, mediante historia clínica, de los padecimientos que se han presentado en los familiares cercanos o consanguíneos de un paciente (padres, tíos o hermanos).		Conocimiento que tiene la persona entrevistada de que algún familiar consanguíneo en primer grado ha padecido hipertensión arterial.	Encuesta		Discreta	Porcentaje de personas con hipertensión arterial que refieren tener un familiar que padezca o haya padecido presión arterial alta.
Colesterol elevado (Hipercolestero lemia)	Concentraciones elevadas de colesterol en sangre, por encima de los valores considerados normales.		Se identificará como portador de colesterol elevado a aquella persona que, según el informante, haya sido diagnosticada en el último año a la fecha con valores de colesterol alto.	Encuesta		Discreta	Porcentaje de personas con hipercolesterolemia. % de personas con hipertensión que presentan hipercolesterolemia.
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 baja mayor de 25.		Se identificará como persona obesa a aquella que, según el informante, haya sido previamente diagnosticada por un médico o nutriólogo como tal.	Encuesta		Continua	Tasa de morbilidad por causa (obesidad), sexo y edad. Porcentaje de personas con hipertensión arterial que presentan obesidad.

Diabetes mellitus 2	Síndrome metabólico multisistémico que consiste en el aumento de los niveles de glucosa en sangre, debido a fallas en la producción y/o acción de la insulina.		Se identificará como portador de DM a la persona que, según el informante, haya sido previamente diagnosticada con la enfermedad.	Encuesta		Discreta	Tasa de morbilidad por causa (DM), sexo y edad. Porcentaje de personas con hipertensión arterial que padezcan diabetes mellitus.
Consumo de alimentos dañinos	Cantidad de alimentos que se consumen diariamente y que son factor de riesgo para hipertensión arterial (harinas, azúcares refinadas, sal y grasas saturadas).		Se valorará la frecuencia con que los habitantes de la vivienda, según el informante, consumen alimentos altos en grasas saturadas, azúcares refinadas y sodio.	Encuesta		Ordinal	Porcentaje de personas con consumos elevados de alimentos no saludables. Porcentaje de personas con hipertensión que llevan dietas no saludables.
Tabaquismo	Adicción al consumo de tabaco, provocada por la dependencia a la nicotina. Adicción al consumo de tabaco, provocada por la dependencia a la nicotina.		Se identificará como fumador a aquella persona que sea reportada por el informante como consumidor habitual de tabaco.	Encuesta		Ordinal categórica	Tasa de morbilidad por causa (tabaquismo), por sexo y edad. Porcentaje de personas con hipertensión que consumen tabaco, en cada uno de sus niveles.
Alcoholismo	Consumo excesivo de alcohol, lo que le ocasiona a la persona bebedora problemas físicos, mentales y sociales.		Se identificará como bebedor de alcohol a aquella persona que sea reportada por el informante como consumidor de 7 o más copas de bebidas alcohólicas a la semana.	Encuesta		Ordinal categórica	Tasa de morbilidad por causa (alcoholismo), por sexo y edad. Porcentaje de personas con hipertensión que consumen alcohol, en cada uno de sus niveles.
Sedentarismo	Falta de actividad física diaria regular, asociada a rutinas laborales y características de la vida urbana.		Se identificará a los habitantes de la vivienda que, según el informante, realicen actividad física distinta a la habitual, menos de 3 veces a la semana (por 30 minutos en cada ocasión).	Encuesta		Nominal	Porcentaje de personas con hipertensión que llevan una vida sedentaria.

Tabla 12. Factores de riesgo para alcoholismo:

Tipo de factores de riesgo	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de Medición
Biológicos	Edad	Número de años cumplidos o vividos	Tener mas de 12 años en el momento que se hace la entrevista	Proporción de personas que tienen mas de 12 años al momento de la entrevista	Cualitativa Nominal Dicotómica
Factores de riesgo socioculturales	Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Hombre que ingiera más de una copa de alcohol. (una lata o botella de cerveza, una bebida preparada con ron, whisky, brandy, una copa de licor, vodka, ginebra en las rocas, un tarro de pulque, una copa de vino de mesa, un caballito de tequila o mezcal)	Proporción de población masculina que ingiera mas de doce copas de alcohol en una semana	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Antecedentes familiares	Registro de las enfermedades presentes y pasadas de una persona y las de sus padres, hermanos, hermanas, hijos y otros miembros de la familia. Los antecedentes familiares revelan el patrón de ciertas enfermedades en una familia y ayudan a determinar los factores de riesgo para estas y otras enfermedades.	Antecedentes de padres que padezcan o hayan padecido alcoholismo.	Proporción de personas que al momento de la entrevista tienen antecedentes familiares de alcoholismo	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Ingestión de bebidas alcohólicas	La ingestión es la introducción de la bebida alcohólica en el cuerpo y se realiza a través de la boca.	Consumo de más de doce copas de alcohol. Limites recomendados para el consumo de alcohol por el Consejo Nacional de Adicciones (Conadic). 0 a 11 copas a la semana sin riesgo 12 o mas copas a la semana riesgo.	Porcentaje de personas que consuman mas de doce copas de alcohol	Cuantitativa – continua - nominal

6.1.4.1. Factores de riesgo para los daños priorizados (mortalidad)

Tabla 13. Factores de riesgo para mortalidad por hipertensión arterial esencial

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Adherencia	Observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad.		Seguimiento de las indicaciones del equipo de salud (tratamiento farmacológico y no farmacológico y asistencia a consultas de control), por parte del paciente hipertenso finado. No seguimiento de indicaciones= 1 Seguimiento de indicaciones= 0	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población hipertensa con adherencia terapéutica previa a la muerte.
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta un momento determinado.		Años cumplidos de la persona hipertensa al momento de morir Con edad mayor o igual de 55 años = 1 Con edad menor o igual a 54 años = 0	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población hipertensa respecto a su edad al momento de morir
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres		Diferencia de personas hipertensas muertas por su sexo: Femenino = 0 Masculino = 1	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población hipertensa muerta según sexo.
Antecedente heredo familiares	Tendencia ó propensión hereditaria a contraer determinadas enfermedades	Antecedentes familiares de Diabetes mellitus.	Presencia de familiares de los derechohabientes muertos con diagnóstico de diabetes mellitus Familiares en primer y segundo grado del derechohabiente muerto que hayan padecido diabetes mellitus. =1 Sin antecedentes heredo familiares de diabetes mellitus = 0	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de población muertos con antecedentes heredo familiares de DM.
		Antecedentes familiares de hipertensión arterial.	Presencia de familiares de los derechohabientes muertos con diagnóstico de hipertensión arterial Familiares en primer y segundo grado del derechohabiente muerto que hayan padecido hipertensión arterial = 1 Sin familiares que hayan padecido hipertensión arterial esencial = 0			Porcentaje de población con antecedentes heredo familiares de HTA.
		Antecedentes familiares de obesidad.	Presencia de familiares de los derechohabientes muertos con diagnóstico de obesidad. Familiares en primer y segundo grado del derechohabiente muerto que hayan padecido algún grado de obesidad = 1 Sin antecedentes heredo familiares de obesidad = 0			Porcentaje de población con antecedentes heredo familiares de Obesidad.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Tabaquismo	Enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones. Es la adicción al tabaco provocada, principalmente por la nicotina.		Personas muertas que en vida consumían tabaco. Sin tabaquismo=0, Tabaquismo=1	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de fallecidos con riesgo: Suma de las dimensiones con 2 ó más Con riesgo. Con 1 o menos Sin riesgo
Sedentarismo	Carencia de actividad física de manera cotidiana como la realización de algún deporte físico fuerte.		Personas muertas que realizaban una actividad física (ejercicio físico) en vida. Si realizaba actividad física= 0 No realizaba actividad física= 1	Cuestionario	Nominal	
Hábitos alimenticios	Conjunto de prácticas que determinan la selección y consumo de alimentos, están influenciadas por la cultura, gustos o preferencias de ciertos alimentos.	Frecuencia de consumo de alimentos industrializados, ricos en grasas y sal.	Consumo de alimentos industrializados por parte de las personas hipertensas fallecidas. Consumo excesivo de alimentos industrializados, sal y grasas por parte de las personas hipertensas fallecidas. Con consumo de alimentos industrializados 1. Con consumo de alimentos ricos en sodio 1 Con consumo de alimentos ricos en grasas 1 Con adición de sal a los alimentos 1 Sin consumo de alimentos ricos en sodio 0. Sin consumo de alimentos industrializados 0 Sin adición de sal a los alimentos 0 Sin consumo de alimentos ricos en grasas 0			Porcentaje de población muerta con consumo de alimentos ricos en sodio.
Hipercolesterolemia	Se conoce como hipercolesterolemia a la situación en la que el colesterol sanguíneo se encuentra por arriba de los 200 mg/dL.[f]	Colesterol LDL Arriba de 110 mg/dl	Personas muertas con nivel de colesterol LDL elevado.[1] = 1 Personas muertas sin nivel de colesterol LDL elevado = 0			Frecuencia de población hipertensa con hipercolesterolemia
Consumo de alcohol	Cantidad de alcohol consumido al día	Frecuencia y cantidad de alcohol ingerido al día	Derechohabientes hipertensos muertos con un consumo de alcohol diario mayor o igual a 30ml de etanol (2 cervezas, 2 medidas de tequila)* con un consumo de alcohol diario mayor o igual a 30ml de etanol *= 1 sin consumo de alcohol o menos = 0	Cuestionario	Nominal	Frecuencia de población hipertensa muertos con consumo de alcohol

[f] *http://fns.org.mx/index.php?Mostrar=Script&Script=articulos&IdArticuloBis=7&IdContenido=74 6 de Noviembre de 2007 | 12:09 AM Artículos de orientación Fomento de nutricion y salud A:C:*

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Diabetes Mellitus	Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. En el largo plazo la hiperglucemia crónica es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.[g]	Pacientes con Diabetes mellitus	Personas muertas con diagnóstico de Diabetes mellitus= 1 Personas muertas sin diagnóstico de diabetes mellitus = 0	Cuestionario	Nominal	Frecuencia de pacientes con Diabetes mellitus

[g] *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol.41 2003*

Tabla 14. Factores de riesgo para mortalidad por cirrosis hepática

Cirrosis hepática	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Índice	Escala de medición
Factores de riesgo biológicos	Obesidad	La obesidad es un exceso de grasa, determinado por un Índice de masa corporal o IMC aumentado[2]	Individuo del sexo masculino con autopercepción de figura mayor a 5.	Proporción de personas con autopersepción de figura igual o mayor de 5.	Medición autoaplicables a través de figuras por sexo donde partir de figura 5	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Insuficiencia cardiaca	Afección potencialmente mortal en la cual el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo[3]	Persona diagnosticada con insuficiencia cardiaca	Proporción de personas con Diagnosticadas de insuficiencia cardiaca		Cualitativa Nominal Dicotómica
	Insuficiencia renal	Pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.[4]	Persona diagnosticada con insuficiencia renal	Proporción de personas con diagnosticadas de insuficiencia renal		Cualitativa Nominal Dicotómica
	Encefalopatía	Daño al cerebro que se presenta como una complicación de trastornos hepáticos [5]	Persona diagnosticada con encefalopatía	Proporción de personas diagnosticadas con Encefalopatía		Cualitativo nominal dicotomica
	Sexo masculino	Condición biológica que distingue a las personas en hombres (INEGI) [6]	Persona del sexo masculino cuyo metabolismo produce mayor cantidad de ácido láctico debido a la mayor cantidad de masa muscular.	Número de personas del sexo masculino		Cualitativa nominal

Factores de riesgo socio culturales	Dieta inadecuada	Ingesta de tipos inapropiados y cantidades inadecuadas de alimentos y bebidas que no proporcionar nutrición y energía	Consumo de alimentos que fuercen al hígado a un trabajo excesivo como Café, Grasas animales: carne de puerco, res y pollo c/grasa, alimentos procesados, enlatados, refinados. Azúcares y harinas refinadas.	Proporción del consumo de alimentos inadecuados para el hígado	Cuantitativa – continuo - ordinal
	Actividad física	cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo mas fuerte de lo normal[8]	Frecuencia de ejercicio adicional a su vida normal	Frecuencia, tipo, cantidad	Cuantitativa – continuo - ordinal
	Ingestión de bebidas alcohólicas	La ingestión es la introducción de la bebida alcohólica en el cuerpo y se realiza a través de la boca. [11]	Toda persona diagnosticada con cirrosis hepática que ingiera alguna bebida alcohólica	Bebida que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen.	Cuantitativa – continua - nominal

Tabla 15. Factores de riesgo para mortalidad por infarto agudo al miocardio

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Indicador	Índice	Tipo de variable	Escala de medición
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento y que se mide en años de vida cumplidos.	Persona mayor de 40 años o mas sin importar su sexo 0=No 1=Sí	Cuestionario	Proporción de personas mayores de 40 años		Cualitativa	Nominal dicotómica
Sexo	Condición biológica hombre - mujer	El sexo será reportado por el informante 0=mujer 1=hombre	Cuestionario	Proporción de hombre y mujeres.		Cualitativa	Nominal-dicotómica Discreta
Sedentarismo	Tipo de vida que implica la ausencia de ejercicio físico habitual o que tiende a la ausencia de movimiento.	Ausencia de ejercicio adicional a su vida cotidiana. Si = 1 No = 2	Cuestionario	Proporción de la población con sedentarismo		Porcentaje de la población sedentaria.	Discreta
Tabaquismo	Habito de consumo de tabaco mediante la practica de fumar	Si la persona consume tabaco sin importar el numero 0= no 1= si	Cuestionario	Proporción de la población con tabaquismo activo positivo. [1]		Cuantitativa	Discreta
Obesidad	Estado patológico caracterizado por acumulo de tejido adiposo y grasa visceral que causa trastornos metabólicos	Se considerará obesidad si el encuestado se identifica con el número 5	Cuestionario	Medición autoaplicables a través de figuras por sexo donde partir de figura 5 se considera obesidad			

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Indicador	Índice	Tipo de variable	Escala de medición
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento y que se mide en años de vida cumplidos.	Persona mayor de 40 años o mas sin importar su sexo 0=No 1=Sí	Cuestionario	Proporción de personas mayores de 40 años		Cualitativa	Nominal dicotómica
Sexo	Condición biológica hombre - mujer	El sexo será reportado por el informante 0=mujer 1=hombre	Cuestionario	Proporción de hombre y mujeres.		Cualitativa	Nominal-dicotómica Discreta
Hipertrigliceridemia	Elevación de los niveles normales de triglicéridos en sangre	Algún médico les ha dicho a los integrantes de la vivienda mayores de 40 años que tienen los triglicéridos elevados. Si = 1 No=2	Cuestionario	Proporción de la población con Hipertriliceridemia		Cuantitativa	Continua
Hipocolesterolemia	Elevación de los niveles normales de colesterol en sangre	Algún médico les ha dicho a los integrantes de la vivienda mayores de 40 años que tienen el colesterol elevado. Si = 1 No=2	Cuestionario	Proporción de la población con Hipocolesterolemia		Cuantitativa	Continua

1.Massie BM, Granger CB. Capítulo 10. Corazón. En: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editores. Diagnóstico clínico y tratamiento. 41ª ed. México: Manual Moderno; 2006. p. 306-307

Tabla 16. Factores de riesgo para mortalidad por accidentes de tráfico por vehículo de motor

Variable: edad del conductor que tuvo el accidente, Definición conceptual: el número de años, meses y días transcurridos de una persona desde su nacimiento. Definición operacional: años cumplidos de la persona en el momento del accidente. Indicador: porcentaje de la población del grupo de edad de 16 a 29 años que conducía el vehículo de motor al momento del accidente.
Variable: sexo del conductor que tuvo el accidente. Definición conceptual: características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer. Definición operacional: sexo declarado por el entrevistado. Indicador: porcentaje de la población del sexo masculino que sufrió un accidente al conducir vehículos de motor.
Variable: cinturón de seguridad. Definición conceptual: el uso de cinturón de seguridad permite detener a un ocupante de un vehículo si ocurre una colisión y mantenerlo en su asiento. Definición operacional: si el conductor que sufrió el accidente acostumbraba usar el cinturón de seguridad, indicado por el entrevistado. Indicador: porcentaje de conductores y tripulantes de vehículos de motor que no acostumbraban utilizar el cinturón de seguridad.

Variable: exceso de velocidad del vehículo.
Definición conceptual: De acuerdo a la Dirección General de Tránsito y Vialidad de la ciudad de Xalapa se considera exceso de velocidad la que rebase los límites permitidos en zona urbana: de 60 kilómetros por hora, salvo un señalamiento que indique lo contrario, en avenidas con carriles divididos con camellón. De 40 kilómetros por hora en las calles, calzadas y avenidas. De 20 kilómetros por hora frente a escuelas, hospitales, templos y centros de reunión debidamente indicados.
Definición operacional: si el conductor que sufrió el accidente acostumbraba manejar a exceso de velocidad, indicado por el entrevistado.
Indicador: Porcentaje de conductores de vehículos de motor que acostumbraban manejar a exceso de velocidad.

Variable: ingesta de alcohol antes de conducir el vehículo de motor.
Definición conceptual: Consumo de alcohol que produce alteraciones en la función psicomotora y en determinadas capacidades para conducir con seguridad.
Definición operacional: si el conductor que sufrió el accidente acostumbraba manejar cuando ingería bebidas alcohólicas, indicado por el entrevistado.
Indicador: porcentaje de conductores que acostumbraban ingerir bebidas alcohólicas antes de conducir vehículos de motor.

Variable: uso del casco
Definición conceptual: El uso del casco permite proteger la cabeza frente a la acción de la superficie sobre la que colisiona; evita que cualquier objeto penetre en la cabeza; absorbe la mayor cantidad de energía posible y distribuye la energía vertida sobre el cráneo de la manera más homogénea posible.
Definición operacional: si el conductor que sufrió el accidente acostumbraba utilizar el casco, indicado por el entrevistado.
Indicador: porcentaje de conductores que no acostumbraban usar el casco cuando conducía la motocicleta.

Variable: uso de la silla para bebé.
Definición conceptual: el uso de la silla para bebé permite sujetarlo si ocurre una colisión y mantenerlo en su asiento.
Definición operacional: si al bebé que sufrió el accidente acostumbraban colocarlo en la silla especial, indicado por el entrevistado.
Indicador: porcentaje de bebés que no acostumbraban colocar en la silla para bebé.

Variable: factores propios del vehículo.
Definición conceptual: Condiciones en las que se encuentra un vehículo de motor y que determinan si se produce o no un accidente.
Dimensiones:
Tamaño del vehículo.
2. Mantenimiento del vehículo.
Definición operacional:
1. Se refiere al tamaño del vehículo que se categoriza en pequeño cuya distancia entre ejes especificado por el fabricante sea de 240-250cm.
2. Se refiere al hecho de que el vehículo haya recibido verificación de llantas, frenos, afinación del motor, filtros, sistema de enfriamiento y alineación y balanceo. Se considera factor de riesgo cuando se tienen 6 meses o más que no se ha realizado.
Indicador: Porcentaje de vehículos accidentados que no recibieron mantenimiento cada seis meses o más y porcentaje de vehículos accidentados cuya distancia entre ejes se categorizó como pequeño.

Variable: factores propios del tiempo.
Definición conceptual: Fecha de ocurrencia del accidente de tráfico por vehículo de motor.
Dimensiones:
1. Hora del accidente.
2. Día de la semana de ocurrencia.
3. Mes de ocurrencia.
Definición operacional:
1. Se refiere a la hora en que se conducía un vehículo de motor. Se considera factor de riesgo cuando se conducía entre siete de la noche y cinco de la mañana.
2. Se refiere al día de la semana en que se conducía un vehículo de motor. Se considera factor de riesgo cuando se conducía en viernes, sábado o domingo.
3. Se refiere al mes en que se conduce un vehículo de motor. Se considera factor de riesgo cuando se conduce en diciembre.
Indicador: Porcentaje de tripulantes de vehículo de motor con factores de riesgo propios del tiempo al momento del accidente.
Daño priorizado: accidentes de tráfico por vehículo de motor para morbilidad.

Variable: edad del conductor.
Definición conceptual: el número de años, meses y días transcurridos de una persona desde su nacimiento.
Definición operacional: años cumplidos de la persona.
Indicador: porcentaje de la población del grupo de edad de 16 a 29 años que conducen vehículo de motor.

Variable: sexo del conductor que tuvo el accidente.
Definición conceptual: características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.
Definición operacional: sexo declarado por el entrevistado.
Indicador: porcentaje de la población del sexo masculino que conducen vehículos de motor.
Variable: cinturón de seguridad .
Definición conceptual: el uso de cinturón de seguridad permite detener a un ocupante de un vehículo si ocurre una colisión y mantenerlo en su asiento.
Definición operacional: si el ocupante del vehículo acostumbra usar el cinturón de seguridad, indicado por el entrevistado.
Indicador: porcentaje ocupantes de vehículos de motor que no acostumbran utilizar el cinturón de seguridad.

Variable: exceso de velocidad del vehículo.
Definición conceptual: De acuerdo a la Dirección General de Tránsito y Vialidad de la ciudad de Xalapa se considera exceso de velocidad la que rebase los límites permitidos en zona urbana: de 60 kilómetros por hora, salvo un señalamiento que indique lo contrario, en avenidas con carriles divididos con camellón. De 40 kilómetros por hora en las calles, calzadas y avenidas. De 20 kilómetros por hora frente a escuelas, hospitales, templos y centros de reunión debidamente indicados.
Definición operacional: si el conductor acostumbra manejar a exceso de velocidad, indicado por el entrevistado.
Indicador: Porcentaje de conductores de vehículos de motor que acostumbran manejar a exceso de velocidad.

Variable: ingesta de alcohol antes de conducir el vehículo de motor.
Definición conceptual: Consumo de alcohol que produce alteraciones en la función psicomotora y en determinadas capacidades para conducir con seguridad.
Definición operacional: si el conductor acostumbra manejar cuando ingiere bebidas alcohólicas, indicado por el entrevistado.
Indicador: porcentaje de conductores que acostumbran ingerir bebidas alcohólicas cuando conducen.

Variable: uso del casco.
Definición conceptual: El uso del casco permite proteger la cabeza frente a la acción de la superficie sobre la que colisiona; evita que cualquier objeto penetre en la cabeza; absorbe la mayor cantidad de energía posible y distribuye la energía vertida sobre el cráneo de la manera más homogénea posible.
Definición operacional: si el conductor acostumbra utilizar el casco cuando maneja, indicado por el entrevistado.
Indicador: porcentaje de conductores que no acostumbran usar el casco cuando manejan.

Variable: uso de la silla para bebé.
Definición conceptual: el uso de la silla para bebé permite sujetarlo si ocurre una colisión y mantenerlo en su asiento.
Definición operacional: si al bebé acostumbran colocarlo en la silla especial, indicado por el entrevistado.
Indicador: porcentaje de bebés que no acostumbran colocar en la silla para bebé.

Variable: factores propios del vehículo.
Definición conceptual: Condiciones en las que se encuentra un vehículo de motor.
Dimensiones:
Tamaño del vehículo.
2. Mantenimiento del vehículo.
Definición operacional:
1. Se refiere al tamaño del vehículo que se categoriza en pequeño cuya distancia entre ejes especificado por el fabricante sea de 240-250cm.
2. Se refiere al hecho de que el vehículo haya recibido verificación de llantas, frenos, afinación del motor, filtros, sistema de enfriamiento y alineación y balanceo. Se considera factor de riesgo cuando se tienen 6 meses o más que no se haya realizado.
Indicador: Porcentaje de vehículos que no reciben mantenimiento cada seis meses o más y porcentaje de vehículos cuya distancia entre ejes se categorizó como pequeño.

6.1.4.5. Variables e indicadores de recursos, servicios y programas de salud

Tabla 17. Análisis de la productividad de servicios

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Rendimiento de consultas por hora médico	Volumen de consultas que en promedio realiza cada médico de la unidad de salud en una hora	Total de consultas efectuadas por el personal médico en un mes del periodo de estudio divididas entre el total de horas que laboraron todos los médicos en el mismo periodo	Registro diario de actividades del médico. Registro de asistencia del personal médico	Continua	Número promedio de consultas por hora médico
Cobertura de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas	Es la relación de personas enfermas por un daño en particular que se encuentran en control médico con respecto al total de personas enfermas por ese daño.	Total de personas detectadas en la encuesta que declararon padecer alguna de las patologías crónicas priorizadas y que manifestaron estar en control médico, divididas entre el total de personas que declararon padecer dicho daño, expresado en porcentaje	Cuestionario	Continua	Porcentaje de cobertura de los programas de enfermedades crónicas, priorizadas.

Tabla 18. Variables e indicadores de recursos, servicios y programas de salud
Demanda de servicios de salud por institución (derechohabiencia y utilización)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Derechohabiencia	Derecho laboral para recibir servicios de salud en una institución de seguridad social	Personas de la familia que según el informante declara que tienen derecho a los servicios de salud de cualquiera de las siguientes instituciones: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Ninguna	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas según institución de derechohabiencia
Utilización de servicios de salud	Instituciones de servicios de salud que usa con mayor frecuencia la familia	Las instituciones de salud que el informante declara utilizan con mayor frecuencia los miembros de la familia: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR SESVER Privadas Tradicionales Otras	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de familias según utilización de los servicios por institución
Percepción de la calidad de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud, que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buena Regular Mala	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas según opinión de la calidad de los servicios de salud, que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena Regular Mala
Percepción de problemas en la prestación de servicios de salud	Percepción que tienen los alumnos de la MSP derivada de la observación cotidiana de la operación de los servicios de salud de su sede de prácticas de campo	Opinión que emiten los alumnos sobre los problemas que perciben en la prestación de servicios de salud en su sede de práctica profesional	Observación y Reporte semanal de actividades de prácticas profesionales	Cualitativa, descriptiva	No hay, sólo es una descripción.

6.1.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de información

6.1.5.1. Presentación y descripción de los mecanismos y técnicas empleados para la recolección de la información.

Para la recolección de información las técnicas utilizadas fueron: observación en relación al entorno de la unidad donde se realizó la investigación; donde posteriormente se redactó la información en notas de campo de los hallazgos más importantes en las prácticas cotidianas.
Se realizó una revisión documental de los sistemas de información del ISSSTE, también se realizaron entrevistas mediante las cuales se obtuvo información de la población en estudio.

6.1.5.2. Presentación y descripción de los instrumentos utilizados para la recolección de la información

El instrumento para la recolección de la información que se utilizó es un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas haciendo un total de 150, el cual se divide en cinco apartados: el primero corresponde a los datos de la identificación de la vivienda; el segundo refiere a las características demográficas (edad, sexo), apartado socioeconómico donde se identificó la escolaridad, condición de actividad económica; el cuarto apartado hace referente a las características epidemiológicas donde se recolectaron datos sobre la morbilidad y mortalidad (de que se enferma y de que muere la población en estudio). (Ver anexo 1)

6.1.5.2.1. Validación de los instrumentos

El instrumento de recolección de la información tiene validez de constructo ya que para alcanzar ésta se partió de definir los objetivos los cuales fueron transformados en variables con definiciones conceptuales y operacionales y a partir de esta se realizó la formulación de preguntas del cuestionario. Para la validación se realizaron diferentes reuniones entre los académicos y estudiantes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Una vez unificados los criterios se procedió a realizar la prueba piloto, que en el caso de este equipo fue realizada en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, de la Ciudad de Xalapa, Veracruz el día 10 de diciembre del 2007.

6.1.5.2.2. Presentación y descripción de los resultados de la prueba piloto

Para la realización de la prueba piloto el mecanismo consistió en realizar la aplicación del cuestionario de forma directa a usuarios derechohabientes del ISSSTE en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, en el turno matutino el día 10 de diciembre del año 2007, para efectos de la prueba piloto se aplicaron diez cuestionarios a diez derechohabientes, seleccionados al azar de entre los que se encontraban en la sala de espera de dicha clínica; cada encuesta fue realizada de manera personal por cada integrante del equipo a cada usuario; el tiempo aproximado para la aplicación de cada cuestionario fue de 20 minutos.

En la aplicación de estos cuestionario se detectaron algunos problemas tales como el tiempo, debido a que los derechohabientes se encontraban esperando poder entrar a la cita previamente adquirida con su médico por lo que en algunos momentos la aplicación del cuestionario tenía que ser detenida hasta el momento en que el derechohabiente terminara su cita; otro problema detectado fue la existencia de mucho ruido, dado a que esta aplicación se realizó en la sala de espera por lo que en algunos momento se tenía que repetir la pregunta debido a que muchas veces no se escuchaba la pregunta que uno le hacia al derechohabiente o la respuesta que éste daba.

En cuestión de estructura del instrumento se detectaron algunos errores, en la estructura de preguntas se identificaron algunas de difícil comprensión para el encuestado las cuales fueron modificadas para un mejor entendimiento; se detectó además que en algunas preguntas no se recababa la información suficiente tal es el caso de la pregunta para detectar la presencia de tabaquismo ya que sólo se identificaba en la actualidad y no si el individuo había tenido el factor de riesgo en fechas pasadas, tal información es importante para determinar como factor de riesgo a un daño actual. Se detectó dos pases de preguntas incorrectos, los cuales fueron modificados.

Una vez que se obtuvo la información, se procedió a vaciar los datos en la hoja de cálculo de Microsoft Windows EXCEL (versión 2003) para su posterior procesamiento en el programa SPSS (Versión 12) con la finalidad de verificar que la información obtenida a través del cuestionario era la requerida y era confiable.

6.1.6. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.1.6.1. Descripción de los procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Las preguntas realizadas en los cuestionarios fueron previamente codificadas para su análisis en una base de datos; por lo que una vez levantados los 244 cuestionarios, se procedió a su captura en el programa SPSS (Versión 12), esta captura fue divida entre tres ya que cada miembro del equipo capturó entre 80-82 cuestionarios, una vez que se terminó la captura de datos se realizó una asesoría con los expertos para el análisis de datos donde se corrieron los datos para detectar alguna inconsistencia en la captura de estos; se detectó que existía una inconsistencia en los menores de 5 años por lo que se procedió a verificar la razón de la inconsistencia; así como un error en la variable sexo, el cual también fue un error de captura, una vez validada la base de datos se empezaron a realizar los análisis respectivos.

6.1.6.2. Indicadores utilizados para la descripción

Para la descripción de las características sociodemográficas se utilizaron proporción por grupos de edades quinquenales y sexo, razón hombre-mujer, taza bruta de mortalidad, tasa bruta de natalidad, tasa de crecimiento natural, tasa de fecundidad general; porcentaje de la población por nivel de escolaridad, proporción de población analfabeta, condición de actividad económica de la población, nivel económico familiar; frecuencia de hacinamiento, proporción de viviendas en condiciones favorables.

Para la identificación de daños se utilizaron los siguiente indicadores para morbilidad se consideraron; incidencia acumulada de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años y mayores de 60 años, incidencia acumulada de enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años, incidencia de infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años, incidencia de accidentes de transporte en vehículo de motor en personas mayores de 16 años, infarto agudo al miocardio. Las incidencias de los daños anteriores fueron desplegadas por sexo y grupos de edad.

Prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, alcoholismo y tabaquismo.
Para la identificación de mortalidad no se realizó la distribución anual de las diez principales causas de muerte debido a que en nuestra muestra sólo se obtuvieron dos muertes correspondientes al año 2007.

Para la evaluación de los factores de riesgo en el caso de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias y accidentes de transporte en vehículo de motor se utilizó riesgo relativo y en el caso de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, se utilizó razón de momios.

Para el apartado de recursos, servicios y programas de salud se utilizó el porcentaje de población por edad y sexo y tipo de derechohabiencia, por servicios de salud utilizados, distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud, porcentaje de pacientes diabéticos e hipertensos que reciben atención médica para su enfermedad, servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica.

6.1.6.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Las técnicas utilizadas fueron de cálculo de estimadores por intervalo de muestreo, con un intervalo de confianza del 95 por ciento para los apartados demográficos, epidemiológicos y variables continuas, construcción de intervalos de confianza para las características de la vivienda. Se calculó el riesgo relativo para las enfermedades en que se estimó la incidencia, para estimación de razón de momios en las enfermedades donde se midió la prevalencia acumulada.

6.2. Abordaje cualitativo

6.2.1. Tipo de estudio y diseño

En este apartado designaremos el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas, la metodología cualitativa recoge los datos descriptivos, es decir las palabras y conductas de las personas sometidas a la investigación. Su tema es el estudio de la fenomenológica de la vida social "ya que procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana y no las relaciones estadísticas"[17].
Taylor en la caracterización del abordaje menciona que va en función de tres elementos: Por el conocimiento o desconocimiento que se tenga de las categorías y del contexto[18]; por lo que se definen exploratorias ya que las categorías son pocos conocidas y exploradas desde el ámbito epistémico que aquí se menciona y porque existe escaso desarrollo teórico alternativo[19]. En función de la postura paradigmática y/o teórica desde el cual se

analizó el dato; fue indispensable captar los significados que adquieren las acciones cotidianas de los individuos a través de la observación e interpretación de las condiciones constantes que rodean la vida de los sujetos.

En función de la profundidad del análisis; esta se considera de segundo nivel ya que se realizó la comprensión e interpretación de las experiencias subjetivas del investigador y de los involucrados, de lo que ocurrió y de lo que ocurre en el contexto; la exploración de los significados que las cosas tienen para las personas.

6.2.2. Descripción de universo y muestra

Para esta investigación se utilizó un muestreo teórico ya que como lo define Taylor citando a Glaser y Strauss en este el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar o refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados; por estratos ya que estamos buscando recuperar la percepción de las persona para que nos hable de su realidad, además nos interesa conocer la perspectiva de diferentes segmentos o grupos de la población que conforman la UMF Fovissste.

El número de eventos realizados fueron seis, realizándose dos eventos por cada variable, en relación al tamaño del grupo estos fueron de manera individual y los atributos que requerían tener los participantes:

- Que fueran derechohabientes usuarios del ISSSTE
- Prestadores de servicios de la UMF Fovissste, ISSSTE
- Directivos de la Clínica Hospital ISSSTE.

Los escenarios fueron sala de espera para la realización de las entrevistas de un usuario, para el segundo usuario entrevistado fue en su lugar de trabajo, en relación a la entrevista con el primer prestador de servicio esta se realizó en su lugar de trabajo, mientras para el segundo se tuvo que realizar en la unidad Médica Familiar Inmecafé ya que por reglamentación interna estos cambian cada cuatro meses el lugar de trabajo; a los directivos las entrevistas fueron realizadas en sus respectivas oficinas de trabajo.

6.2.3. Definición de variables

6.2.3.1. Definición de conceptos y subconceptos

Se entiende por concepto a las ideas abstractas generalizadas de hechos empíricos de acuerdo a Taylor[20] en su articulo Introducción a los métodos cualitativos de la investigación, el desarrollo de los conceptos es un proceso intuitivo pero puede ser aprendido pero no objeto de una enseñanza formal, se tiene que buscar palabras y frases que surjan del propio vocabulario del informante; para la presente investigación se utilizó el concepto percepción (Sensación interior que resulta de una impresión. material, conocimiento o idea), y los subconceptos son aquellos derivados del primero, enfermedad (Alteración más o menos grave de la salud), salud que de acuerdo a la organización mundial de la Salud (OMS) se define como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades, padecimiento (Acción de padecer o sufrir daño, injuria, enfermedad). Todo esto con el fin de comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos, por lo en muchas ocasiones surgen los temas emergentes que dan nuevos temas de conversación, vocabulario, sentimientos, dichos y proverbios populares para después compara enunciados y acciones que los unifiquen en un concepto.(Ver anexo 2 Tabla 39).

En relación a los prestadores de servicio se utilizaron los mismos conceptos que para el usuario; para el directivo de la institución se utilizó el concepto reto; el cual se entiende como algo difícil que alguien se pone como objetivo; de este concepto resultaron ocho subconceptos tales como: Salud, Enfermedad, capacitación, educación, calidad, recursos humanos, recursos materiales, cobertura, padecimiento. (Ver Anexo 3)

6.2.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.2.4.1. Presentación y descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

Una de las finalidades de la investigación cualitativa es la comprensión e interpretación subjetiva del investigador y de los involucrados por lo que una de las técnicas a disponibilidad del investigador como lo menciona Hernández Guerson en su artículo "una aproximación al análisis cualitativo"[21], que es idónea y nos permite alcanzar el nivel comprensivo e interpretativo destinado para la persona es la entrevista focalizada, la cual se entiende como aquella en donde los entrevistados han estado expuestos a una situación concreta y donde los entrevistadores han estudiado previamente la situación llevando así un guión de entrevista previamente elaborado; esta entrevista consta de cuatro criterios según Merton y Kendall citados en técnicas cualitativas de Miguel S Valles[22]:

1) trata de la mayoría de las respuestas sean espontáneas
2) animar al entrevistado a dar entrevistas concretas
3) indagar en la gama de evocaciones experimentas por el concepto
4) la entrevista debería sacar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de la respuesta de los sujetos.

Para lograr la realización de las entrevistas focalizadas se utilizaron los siguientes elementos: para la grabación de estas un reproductor de audio digital MP3 y una grabadora de reportero, así como la guía tema y diversas gestiones con los directivos de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, en este caso el jefe de enseñanza de la misma, que facilitó el acceso a los prestadores de servicio y directivos, las entrevistas fueron realizadas en diferentes escenarios y en diferentes fechas.

Las entrevistas a los usuarios tuvieron lugar el día 10 de enero de 2008, en diferentes escenarios, siendo ambas aproximadamente de 20 minutos.

El primer usuario entrevistado se identificó de antemano, debido a que lo veíamos hacer frecuentes visitas a la clínica y de manera informal siempre proporcionaba información sobre los derechohabientes de la UMF Fovissste, para su entrevista se estableció la fecha y lugar, la cual fue realizada en el lugar de trabajo del usuario, el cual es dentro de la misma colonia. (Ver Anexo 3)

La segunda entrevista fue accidental ya que se encontró de manera espontánea en la sala de espera de la UMF Fovissste, su información fue de mucha importancia para la investigación debido a que aporto importantes datos.

El día 14 de enero de 2008 fue designado a realizar las entrevistas a los prestadores de servicio, la primera fue llevada a cabo en la UMF Inmecafé, en el área destinada a medicina preventiva, mientras que la segunda fue la UMF Fovissste; ambas entrevistas fueron programas debido a que se realizaron en un horario de trabajo. (Ver Anexo 5)

Para las entrevistas a los directivos se solicitó permiso al jefe de enseñanza del Clínica- Hospital ISSSTE Xalapa de quien estamos a cargo y quien se encargó de la gestión de estas entrevistas quedando programadas para el día 16 de enero de 2008 con el Directivo 1 y 2. (Ver anexo 6)

Para todas las entrevistas se utilizaron como recursos humanos un entrevistador, un observador y al entrevistado, como materiales una grabadora la cual no ayudó a registrar con fidelidad la entrevista para un futuro análisis así como el instrumento (Guía de tema).

6.2.4.2. Instrumentos utilizados para la recolección de la información

Para la entrevista se utilizo una guía tema en la cual los temas y problemas que se descubrirán son especificados por adelantado en forma esquemática; el entrevistador decide la secuencia y los términos de las preguntas en el transcurso de la entrevista[22].

Las guías temas fueron diferentes para cada estrato; la guía tema destinada a la entrevista para el usuario consta de un primer apartado de presentación, un segundo donde se recaba los datos del entrevistado y por último las preguntas construidas, las cuales se presentan a continuación:

a) ¿Cuál es el estado de salud que guardan las personas como usted, me puede hablar de esto?
b) ¿Por qué llegó a eso?

La guía de tema destina a los prestadores de servicio y a los directivos mantienen el mismo primer y segundo apartado cambian en la estructura de sus preguntas:

a) ¿Qué es para usted salud?
b) A partir de lo referido, ¿cómo es la salud de los usuarios derechohabientes del ISSSTE?
c) ¿Porqué piensa usted que sea así la salud de los derechohabientes?

Directivos:

a) ¿Cuáles son los retos que actualmente tiene que enfrentar la institución?
b) ¿Qué cosas tendrían que hacer para resolver estos retos?
c) Las condiciones actuales que permanecen en esta institución, ¿Favorecen cambios en el estado de salud?

6.2.4.2.1. Descripción de la validación de los instrumentos

Las entrevistas piloto fueron realizadas el día 7 de diciembre del 2007 en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, estos eventos estaban previamente programados por lo que en este caso no hubo problema de espera para realizar las entrevistas; para la realización de estas se utilizó

como recursos humanos un entrevistador, un observador y al entrevistado, como materiales una grabadora así como el instrumento (Guía de temas). Las entrevistas fueron realizadas en diferentes áreas de la Clínica: En el caso del usuario se llevó a cabo en el pasillo central de dicho lugar, mientras que las del directivo y el prestador de servicios fueron realizadas en sus respectivas áreas de trabajo; el promedio de duración en tiempo de las entrevistas fue de 20 minutos.

Una vez terminadas las entrevistas, estas fueron llevadas a su validación con el cuerpo académico del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

6.2.4.2.2. Presentación y descripción de los resultados de la prueba piloto

A continuación se presenta un fragmento de una de las entrevistas piloto realizadas:

Fragmento de entrevista realizada el 7 de diciembre de 2007 en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa al prestador de servicio: Prestador prueba piloto

Transcripción	Codificación
¿Qué es para usted la salud? Bueno, pues la salud es como lo define la Organización Mundial de la Salud es la ausencia de enfermedad ¿no?, física, mental, bueno en todos los ámbitos ¿no? Eso es salud. Y ¿Por qué piensa usted que sea así? ¿Por qué pienso? Bueno eso es la definición, yo creo que salud es….no sé si halla una persona que sea completamente sana ¿si? pero pienso que tener un bienestar físico, mental, emocional, eh… eso es salud ¿no? , no se puede tener todo ¿no? pero pienso que si se cubre, pues no sé, ¿qué será? el 80 por ciento de todas esas cosas, si tiene salud. Muy bien, a parte de lo que usted me refiere en este momento, ¿Cómo es la salud de los usuarios derechohabientes de esta clínica? Pues; por supuesto que no, no están sanos por eso vienen a la clínica, ¿si? Pienso yo que todos los derechohabientes que vienen a solicitar servicios es porque les aqueja alguna dolencia de cualquier índole, ¿si? entonces no pueden ser sanos, no pueden ser personas sanas, ¡sí!, se lleva control de niños sanos, se lleva control de algunas personas sanas, sobre todo en los niños ¿no? pero fuera de ahí, yo creo que casi todos vienen… no ocupan el servicio como medida preventiva, sino como curativa; yo creo que lo que nos falta es educación en medicina preventiva, yo creo que si eso fuera la gente que viniera aquí no vendría por algún padecimiento en especial.	

6.2.5. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.2.5.1. Procedimientos empleados para el procesamiento de la información

El procesamiento y el análisis de los datos cualitativos (en salud) obliga a tener en consideración otros elementos, ya que no es una cuestión que competa exclusivamente a la discusión del método , la técnica o los procedimientos; como lo menciona Dossier en su artículo "Situación actual de la investigación cualitativa en salud"[23], en este caso se realizó una reproducción fiel (transcripción) de las entrevistas realizadas a cada uno de los sujetos de estudio, con el objetivo de identificar nuevas vías de investigación, realizar su evaluación, posibles modificaciones a la guía de temas; esta transcripción fue realizada de manera manual en el programa Office Word.

Una vez terminada la transcripción de cada una de las entrevistas, se verificó por parte de los integrantes del equipo que no participaron en la transcripción que esta fuera fiel y exacta tal como se encontraba en la grabación, esto se realizó de la siguiente manera: se escogió de manera aleatoria un fragmento de la grabación la cual la buscaba dentro del escrito y debía estar escrita tal y como se escuchaba en esta.

Después se realizó una codificación en base a la reproducción fiel en la que se buscaron los conceptos de origen, así como los subtemas y en los casos particulares la aparición de los temas emergentes; por codificación entendemos como la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que consideramos incluida[17], la cual puede llevarse acabo en diversos momentos de la investigación; por categoría entendemos la clasificación conceptual de las unidades del mismo tópico y que se refieren a situaciones y contextos, actividades y comportamientos de la persona; una vez que se tuvieron conceptualizados y categorizados los datos, se fue revisando línea por línea de la transcripción de cada una de las entrevistas; por medio de una codificación abierta; por lo que de acuerdo a Strauss citado en Rodríguez Gómez[17] se refiere al "proceso en el que se parte de la búsqueda de conceptos que traten de cubrir los datos"; dicho procedimiento sirvió para darnos cuenta de la creación de nuevos temas y confirmar las categorías que ya se habían establecido; para luego llegar a la creación de un espectro.

6.2.5.2. Indicadores utilizados para la descripción

Los indicadores utilizados para la descripción en el análisis cualitativo fueron tres[24]:
Generalidad: entendida como la expresión que consiste en el uso del lenguaje, en sus componentes, la manera de estar ordenados y como se combinan para formar construcciones mayores de las acciones implícitas en una actividad discursiva; la descripción del discurso distingue en diversas estructuras, así una gramática puede describir oraciones o secuencias de palabras que tienen un orden específico.

Variabilidad: la cual se entiende como la forma que adquiere la distribución del discurso considerando de acuerdo a la experiencia que esta condición se presenta cuando dos cuartas partes de las variables discursivas comparten el mismo código

Caso extremo: que como su nombre lo indica serán las opciones extremas expresadas y codificadas en al menos una cuarta parte de las variables discursivas.

6.2.5.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Para este apartado se utilizó el análisis de contenido el cual se entiende como el conjunto de técnicas de análisis de comunicación, visualizando los procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de mensajes que permiten una inferencia de conocimientos relativos a una condición de producción y recepción de mensaje[25]; existen diversos tipos de análisis como el de expresión, de relaciones, representaciones, enunciación y temático.

Para la realización de este estudio se utilizó el análisis de contenido temático el cual como lo describen Guerson y Saldaña "gira alrededor de un tema como unidad de significación que brota de un texto"[21].

En este estudio la transcripción no tuvo depuración, es decir, se estudió como tal como los individuos la expresaron, en estrecha relación con los contextos originales, se estudió desde la perspectiva local y social debido a que los conceptos estaban codificados a priori; para posteriormente realizar un espectro por cada estrato en donde se establecieron las generalidades, variabilidades y casos extremos de cada uno; particularmente en las entrevistas realizadas a los usuarios que refieren a la salud a partir de la enfermedad.

7. RESULTADOS

7.1. Localización geográfica de la sede

La UMF Fovissste se encuentra localizada en el Andador Onix esquina Ámbar sin número de la Unidad Habitacional Fovissste de la ciudad de Xalapa, la cual colinda con las colonias Pedregal, Lomas del Seminario, Lomas de San Roque y Veinticuatro de abril. Dicha unidad habitacional cuenta con los servicios de luz, agua, drenaje, alcantarillado, cerca de esta unidad se encuentra localizado el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz, la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa y la Escuela de Bachilleres Artículo 3ro.

7.2. Características físicas de la sede

La clínica está construida en un terreno de 10.3 X 11.3 m²; donde el área de construcción es de 64.68 m²; el acceso principal es una escalera de 2.60 m de ancho X 8.04 de largo; que comunica a la sala de espera con un área de 2.50 de ancho por 6.40 m de largo donde se encuentran tres silla para los pacientes, un escritorio para el enfermero y un archivero con tres gavetas para guardar expedientes de los pacientes; observamos carteles de promoción, a la salud junto a la sala se encuentra un baño para ambos sexos de 1.30 x 2.50 m. El consultorio cuenta con un área de 3 m de ancho x 7.70 de largo; en donde se realiza la consulta general; área de exploración, curación y farmacia

7.3. Características del personal de salud

Esta unidad cuenta con un médico general quien es médico de base y responsable de la unidad y un enfermero en servicio social. El horario de trabajo es de 8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes.

El personal de intendencia es trabajador del ISSSTE el cual debe asistir dos veces por semana. Mensualmente acude personal de farmacia para el surtimiento de medicamentos; de acuerdo a las necesidades existentes y reportadas.

7.4. Servicios que ofrece la unidad

Consulta médico general: enfocado al control de padecimientos crónico degenerativos; tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatías y padecimientos del trastorno metabólico de lípidos (hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia)

Curaciones: lesiones leves que comprometen solamente a la dermis y tejido subcutáneo; en casos particulares se requiere de sutura (cirugía menor).

Primeros auxilios: en casos particulares se da la atención de urgencia con referencia a la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa para un manejo integral.

7.5. Resultados derivados del análisis cuantitativo

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la encuesta, está constituida por un primer apartado donde se describen las características sociodemográficas de la población en estudio; en el segundo apartado se presentan los daños, mediante los indicadores de incidencias, prevalencias y mortalidad de las enfermedades priorizadas.

En el tercer apartado se evalúan los posibles factores de riesgo para enfermar por alguno de los daños priorizados; en el cuarto apartado se realiza la evaluación de los recursos, servicios y programas de salud.

7.5.1. Características sociodemográficas

Se presenta la distribución de la población estudiada por grupos quinquenales, edad y sexo (véase tabla 19). Con un total de 782 habitantes de la muestra. Observándose que los grupos de 25 a 29 y de 65 y más años en ambos sexos comparten similitud en la distribución de la población. La razón hombre mujer de acuerdo a los totales de la muestra son casi nueve hombres por cada diez mujeres.

En los resultados obtenidos en la investigación encontramos que en el año 2007 sólo hubo cinco nacimientos, así como dos defunciones durante el mismo año, por lo que se obtiene un crecimiento natural positivo de los derechohabientes de la UMF Fovissste, la tasa de fecundidad general es de un poco más de dos hijos por cada mujer en edad fértil.

Tabla 19. Distribución de la población de los derechohabiente de UMF Fovissste por grupos quinquenales de acuerdo a edad y sexo del año 2007

Grupo de edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
0 a 4	14	3.9	13	3.1	27	3.5
5 a 9	20	5.5	21	5.0	41	5.2
10 a 14	26	7.2	23	5.5	49	6.3
15 a 19	30	8.3	34	8.1	64	8.2
20 a 24	28	7.7	25	6.0	53	6.8
25 a 29	40	11.0	40	9.5	80	10.2
30 a 34	25	6.9	37	8.8	62	7.9
35 a 39	28	7.7	33	7.9	61	7.8
40 a 44	15	4.1	28	6.7	43	5.5
45 a 49	25	6.9	23	5.5	48	6.1
50 a 54	17	4.7	36	8.6	53	6.8
55 a 59	36	9.9	40	9.5	76	9.7
60 a 64	19	5.2	26	6.2	45	5.8
65 y más	40	11.0	40	9.5	80	10.2
Total	363	100.0	419	100.0	782	100.0

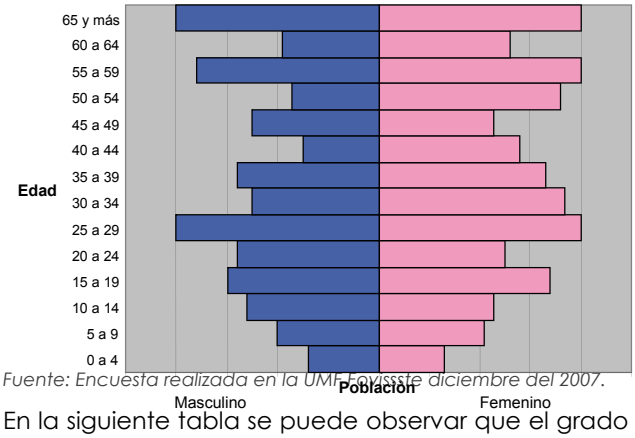
Fuente: Encuesta realizada en la UMF Fovissste diciembre del 2007.

La pirámide poblacional fue realizada con la población total obtenida de la muestra, durante diciembre de 2007, es importante mencionar que para su elaboración se realizaron grupos quinquenales, hasta el grupo de edad de 65 y mas, por lo que en la cúspide de la pirámide se apreciara un pico bastante pico bastante extenso, pues abarca a toda la población de 65 años y más. Sin embargo se conserva su base estrecha, se ensancha progresivamente hacia el centro. Lo que indica una pirámide regresiva con marcado proceso de envejecimiento. (Figura 1)

Al analizar la pirámide de población observamos que el grupo de menor población es el de menores de 5 años el cual corresponde al 3.4 por ciento del total de la población, y el grupo de 25 a 29 años de edad, es el que tiene

mayor población con 10.2 por ciento. Al igual que el grupo mayor de 65 años, seguido del grupo de 55-59 con 9.7 por ciento de la población. Lo anterior indica un comportamiento demográfico con un control de natalidad y aumento en la esperanza de vida.

Figura 1. Piramide poblacional UMF Fovisste año 2007



Fuente: Encuesta realizada en la UMF Fovissste diciembre del 2007.

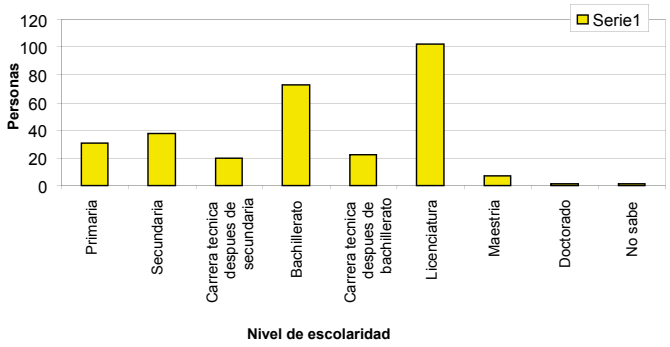
En la siguiente tabla se puede observar que el grado de escolaridad en esta población es alto debido a que más del 37 por ciento tiene estudio con grado de licenciatura, el grado de analfabetismo es casi nulo debido a que sólo se encontró una persona del sexo femenino que no sabe leer ni escribir un recado.

Tabla 20. Nivel de escolaridad por grado académico terminado de los derechohabientes de 12 años y más de la UMF Fovissste año 2007

Grado escolar	Total población	Porcentaje
Ninguno	5	0.71
Primaria	79	11.28
Secundaria	84	12.00
Carrera técnica o comercial (después de la secundaria)	41	5.85
Bachillerato	150	21.42
Carrera técnica o comercial (después de la preparatoria)	55	7.85
Licenciatura	270	37.57
Maestría	13	18.57
Doctorado	1	0.14
No sabe	2	0.28
Total	700	100.00

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007.

Figura 2. Nivel de escolaridad de personas de 12 años y más de la unidad Médica Familiar FOVISSSTE



Podemos observar que poco más del 48 por ciento de la población de 12 años y más se encuentra económicamente activa; lo cual se refleja en el nivel económico familiar, existen 96 jubilados y/o pensionados en el grupo de población económicamente inactiva lo que corresponde a un tercio de esta población.

El nivel económico está en relación con el tipo de ocupación ya que la mayoría son empleados de las diferentes dependencias del gobierno del estado, 189 familias tienen nivel económico alto.

Debido al nivel económico familiar que predomina en la UMF Fovissste se puede observar que las condiciones de la vivienda no son un factor determinante para la aparición de enfermedades infectocontagiosas en los menores de cinco años, para EDA sólo 3 por ciento de las viviendas presentan condiciones favorables para la enfermedad. Por lo que respecta a IRA 1.2 por ciento de las viviendas presentan condiciones favorables para la enfermedad.

Tabla 21. Condición de actividad económica de la población Condición de actividad económica de la población de 12 años y más de los derechohabientes de la UMF Fovissste año 2007 de 12 años y más de los derechohabientes de la UMF Fovissste año 2007

Actividad económica	Total de población	Porcentaje
Población económicamente activa ocupada	342	48.8
Población económicamente activa desocupada	5	0.7
Población económicamente inactiva	353	50.4
Total	700	100.0

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007.

6.5.2. Identificación de los daños

Morbilidad

Como puede observarse la incidencia acumulada para las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años es alto, con un 55.6 por ciento del total de población en riesgo, ésta elevada incidencia es explicada por el momento en que se levantó la información que corresponde al periodo otoño invierno, donde los cambios climatológicos en el municipio de Xalapa registraron temperaturas bajas, a diferencia de la enfermedad diarreica aguda de la cual sólo se presentó un caso.

Tabla 22. Incidencia acumulada de IRAS, por edad desplegada y sexo en derechohabientes menores de 5 años de la UMF Fovissste durante los 30 días del mes de diciembre 2007

Grupos de edad y sexo	Población desplegada por edad y sexo	Población enferma de IRA por edad	Incidencia acumulada*
<1	5	3	60.0
1	5	4	80.0
2	10	6	60.0
3	4	0	00.0
4	3	2	66.6
Masculino	14	9	64.3
Femenino	13	6	46.2
Total	27	15	55.6

Por 100 niños del grupo de edad
Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007.

La tabla 23 muestra que el sexo para enfermar por IRA en derechohabientes mayores de 60 años no es un factor determinante ya que los porcentajes son muy similares, así mismo se puede observar que se encuentra por debajo del porcentaje de IRA para menores de cinco años en el mismo tiempo del levantamiento de la encuesta, ya en pacientes mayores de 60 años la incidencia acumulada de IRA fue de 30 por ciento del total de población en riesgo.

Tabla 23. Incidencia acumulada de 30 días del mes de diciembre, para IRAS de los derechohabientes mayores de 60 años por sexo de la UMF Fovissste año 2007

Sexo	Total de población mayor de 60 años por sexo	Población enferma de IRA mayor de 60 años	Incidencia cumulada de 30 días*
Masculino	63	20	31.74
Femenino	62	18	29.00
Total	125	38	30.00

**Por 100 adultos mayores del grupo de edad-*
Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007.

La tabla 24 muestra que 39 mujeres mayores de 15 años enfermaron de IVU con una incidencia acumulada general de 11.4, el grupo de edad comprendido entre 25 y 44 años es el que presenta mayor incidencia acumulada en 30 días con 18.1 por ciento, en comparación con el grupo de edad de mayores de 65 años que sólo presentó un caso.

Tabla 24. Incidencia acumulada de IVU por grupos de edad en las derechohabientes mujeres de 15 años y más de la UMF Fovissste año 2007

Grupo de edad por interés epidemiológico	Población en riesgo mujeres mayores de 15 años	Casos de IVU	Incidencia acumulada por grupo de edad epidemiológico
15 a 19	32	3	9.3
20 a 24	23	4	17.3
25 A 44	133	15	11.2
45 A 49	22	4	18.1
50 A 59	70	8	11.4
60 A 64	26	4	15.3
Más de 65	35	1	2.8
Total	341	39	11.4

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

La tabla 25 muestra que 103 personas sufrieron un accidente en vehiculo de motor en los últimos ocho años, el grupo de 25 a 44 años es que presenta mayor número de casos con 15.8 por ciento, así como los hombres representan 65 por ciento del total de las personas accidentadas.

Tabla 25. Frecuencia de accidentes en los derechohabientes mayores de 16 años distribuidos por edad y sexo UMF Fovissste durante el periodo 2000- 2007

Grupos de edad y sexo	Población desplegada por edad y sexo	Población mayor de 16 años accidentada
16 a19	50	8
20 a 24	53	3
25 a 44	246	39
45 a 49	48	6
50 a 59	129	26
60 a 64	45	13
65 y más	80	8
Masculino	319	67
Femenino	332	36
Total	651	103

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

La tabla siguiente muestra que 48 personas padecen de diabetes mellitus tipo 2, con un incidencia acumulada del 7.9 del total de población en riesgo, el grupo de 65 años y más es el que representa el mayor número de diabéticos con un total de 18, que corresponde a un 22.5 por ciento de enfermos de ese grupo de edad.

Tabla 26. Prevalencia acumulada de diabetes mellitus tipo 2 por grupo de edad en los derechohabientes mayores de 20 años de la UMF Fovissste al mes de diciembre de 2007

Grupos de edad y sexo	Población desplegada por edad	Población mayor de 20 años diabética	Prevalencia acumulada*
20 a 24	53	1	1.8
25 a 44	246	7	2.8
45 a 49	48	5	10.4
50 a 59	129	12	9.3
60 a 64	45	5	11.1
65 y más	80	18	22.5
Total	601	48	7.9

** Por 100 personas del grupo de edad*
Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

La tabla 27 muestra que 80 personas padecen de hipertensión arterial, con un incidencia acumulada del 13.3 del total de población en riesgo, el grupo de 65 años y más es el que representa el mayor número de hipertensos con un total de 28, que corresponde a 35 por ciento de enfermos de ese grupo de edad.

Tabla 27. Prevalencia acumulada de hipertensión arterial por grupos de edad en los derechohabientes mayores de 20 años de la UMF Fovissste al mes de diciembre 2007

Grupos de edad y sexo	Población desplegada por edad	Población mayor de 20 años hipertensa	Prevalencia acumulada*
20 a 24	53	0	0.0
25 a 44	246	11	4.4
45 a 49	48	2	4.1
50 a 59	129	25	19.3
60 a 64	45	14	31.1
65 y más	80	28	35.0
Total	601	80	13.3

** Por 100 personas del grupo de edad*
Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

La tabla 28 muestra que 104 personas mayores de 12 años son fumadoras con una prevalencia general de 18.8 por ciento del total de población en riesgo, el grupo de 24 a 44 años es el que presenta el mayor número de fumadores con un total de 38, que corresponde a 38 por ciento de fumadores de su grupo de edad.

Tabla 28. Prevalencia acumulada de fumadores en los derechohabientes mayores de 12 años de la UMF Fovissste al mes de diciembre 2007

Grupos de edad y sexo	Población desplegada por edad	Población mayor de 20 años fumadora	Prevalencia acumulada*
12 a 14	35	4	11.4
15 a 19	64	11	17.1
20 a 24	53	10	18.8
25 a 44	246	38	15.4
45 a 49	48	5	10.4
50 a 59	129	23	17.8
60 a 64	45	5	11.1
65 y más	80	8	10.0
Total	700	104	14.8

** Por 100 personas del grupo de edad*
Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

En la tabla 29 podemos observar que 15 personas mayores de 12 años son alcohólicas con una prevalencia general de 2.1 del total de población en riesgo, el grupo de 25 a 44 años es el que presenta el mayor número de alcohólicos con un total de 8, que corresponde a 3.2 por ciento de alcohólicos de su grupo de edad.

Tabla 29. Prevalencia acumulada general de alcoholismo en los derechohabientes mayores de 12 años de la UMF Fovissste al mes de diciembre 2007

Grupos de edad y sexo	Población desplegada por edad	Población mayor de 20 años alcohólicas	Prevalencia acumulada*
12 a 14	35	0	0.0
15 a 19	64	0	0.0
20 a 24	53	0	0.0
25 a 44	246	8	3.2
45 a 49	48	2	4.1
50 a 59	129	5	3.8
60 a 64	45	0	0,0
65 y más	80	0	0.0
			13.3
Total	700	15	2.1

** Por 100 personas del grupo de edad*
Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

Mortalidad

En nuestro estudio no se puede realizar la distribución anual a de las 10 principales causas de muerte por sexo y grupo. Ya que nuestro tamaño de muestra no permitió hacer esa medición. En la recolección de la información a través del cuestionario, se obtuvieron 20 muertes referidas en el periodo del 2000-2007.

Los fallecimientos reportados en 2000 fueron cuatro y sus causas son las siguientes: falla orgánica múltiple, cardiopatías, cáncer y causa desconocida. En el año 2001 se refrieron dos defunciones las causas fueron las siguientes: insuficiencia renal y causa desconocida. En el 2002 se refirieron dos muertes con siguientes causas: cáncer y caída. En el 2003 una por cusa desconocida. En el 2004 cinco defunciones por causa desconocida. En el 2005 una por peritonitis y otra por causa desconocida. En el 2006 dos muertes: una por caída de escalera y otra por causa desconocida y por último en el 2007 dos muertes por peritonitis.

7 .5.3. Evaluación de factores de riesgo

Evaluación de factores de riegos para enfermar de infección respiratoria aguda en niños < 5años.

En la evaluación realizada los factores de riesgo de los niños <5 años, donde 15 presentaron el daño por infección respiratoria aguda; se encontró que el no recibir lactancia materna no fue un factor de riesgo para la población,así mismo, dado que ninguna de las viviendas estudiadas cocina con leña, se descartó ese factor de riesgo, y el no contar con el esquema completo de pentavalente y de anti-influenza no se realizó para esta población, ya que en ambos casos, los niños que presentaron la enfermedad todos contaban con esquema completo. Otros posibles factores de riesgo como: bajo peso al nacer, inmunosupresión no fueron medidos ya que ninguno de los menores de cinco años en la muestra presento estos factores, en las viviendas de los menores de cinco años no se refirió tabaquismos intradomiciliario, hacinamiento no exitio hacinamiento en ninguna de las viviendas de menores de cinco años con enfermedad de infección respiratoria aguda, las personas encardas del cuidado de menores de cinco todos refirió estar capacitados en IRAS y analfabetismo como se menciono anteriormente sólo existió un caso y que no corresponde a las viviendas menores de cinco años por último, en las viviendas estudiadas ninguna se clasificó el nivel económico bajo, por lo tanto, en nuestra investigación los posibles factores de riesgo analizados no son determinantes para adquirir esta enfermedad.

Evaluación de factores de riesgo para enfermar de infección respiratoria aguda en el adulto ≥ 60 años.

En nuestra población muestral encontramos que 127 personas corresponden al grupo edad de ≥ 60 años, de las cuales 38 presentaron la enfermedad por infección de vías respiratorias agudas en los últimos 30 días de la fecha del levantamiento del cuestionario. Como se había comentado anteriormente en la población estudiada se encontró que en ninguna casa se cocina con leña por lo que este no se considera un posible factor de riesgo para enfermar de infección respiratoria aguda. Los factores de riesgo evaluados fueron el no contar con vacuna anti-neumococcica y anti-influenza, ser hipertensos y tener algún tipo de cáncer. Al evaluar estos factores de riesgo obtuvimos que ninguno de ellos fue estadísticamente significativo, lo cual indica que ninguno de los mencionados factores de riesgo fue determinante para enfermar de infección respiratoria aguad en este grupo de edad.

En la tabla 30 se observan los resultados de la evaluación de los posibles factores de riesgo para enfermar de infecciones de vías respiratorias agudas en adultos **≥** de 60 años, su riesgo relativo y con su intervalo de confianza.

Tabla 30. Evaluación de posibles factores de riesgo para infección respiratoria aguda en adultos ≥60 de años de edad, de la UMF Fovissste, 2007

Posibles factores de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Esquema incompleto de anti-influenza	1.1	0.63-1.84
Esquema incompleto de anti-neumocóccica	1.0	0.57-1.69
Diabetes mellitus	0.7	0.42-1.36
Hipertensión	0.4	0.31-0.86
Cáncer	1.7	0.41-6.93

Fuente: Encuesta realizada en la UMF Fovissste diciembre del 2007.

Evaluación de factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda en niños < de 5 años de edad.

En nuestra población muestra de los 27 niños menores de 5 años solo uno presento enfermedad diarreica aguda en los últimos 30 días previos al levantamiento de la encuesta, por lo que no es posible estudiar posibles factores de riesgo.

Evaluación de factores de riesgo para enfermar de infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años de edad.

Para la evaluación se tomaron 341 mujeres las cuales constituían el grupo de edad ≥ de 15 años de la muestra, de las cuales 47 presentaron infección de vías urinarias. Los primeros posibles factores de riesgo a evaluar fueron: el que tuvieran alguna enfermedad que les causara inmunodepresión y para esto se seleccionaron las siguientes tres: Cáncer, VIH y diabetes, sin embargo, las dos primeras enfermedades no fueron posibles evaluarlas debido a que no se presentaron en el grupo de edad con el que se trabajó. Otros factores de riesgo evaluados corresponde a alimentación inadecuada, para éste se seleccionó como posibles factores de riesgo, ingerir menos de dos litros de agua al día, consumo cotidiano de alimentos chatarra y consumo diario de refrescos. Otro posible factor de riesgo que se indagó fue el de realizar prácticas sexuales de riesgo, sólo se investigó en mujeres del grupo de edad en estudio encuestadas que refiriera tener pareja y el posible factor de riesgo fue el no uso de condón, por último, los factores de riesgo que correspondieron a una higiene inadecuada se dimensionaron en: no realizar baño diario, uso de baños públicos y técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción. De todos los factores de riesgo evaluados sólo el uso de baños públicos fue significativo en nuestra muestra, donde las mujeres que usan baños públicos tienen 2.8 más de probabilidad de enfermar por infección de vías urinarias que las que no los usan.

A continuación se presenta en la tabla 31 los posibles factores de riesgo, su riesgo relativo y su intervalo de confianza.

Tabla 31. Evaluación de posibles factores de riesgo para infección de vía urinaria en mujeres > de 15 años de edad, de la UMF Fovissste, año 2007

Posibles factores de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Con diabetes mellitus	0.8	0.20-3.04
Ingesta menor de 2 litros de agua al día	1.8	0.85-0.70
Consumo diario de alimentos chatarra	0.9	0.14-5.77
Consumo diario de refrescos	1.0	0.53-1.70
No uso de preservativo (condón)	1.1	0.55-2.41
No realizar baño diario	1.2	0.43-3.44
Uso diario de baños públicos	2.8	1.59-4.74
Técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción	0.8	0.42-1.43

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Xalapa II Fovissste diciembre del 2007.

Evaluación de factores de riesgo para accidentes en vehículo de motor en sujetos > 16 años

Es importante mencionar que no se llevó a cabo la evaluación de factores de riesgo para accidentes en vehiculo de motor con sujetos mayores de 16 años, debido a que no se unificaron los criterios para los grupo de edad para determinar la población en riesgo con referente la población que se presentó el daño

Evaluación de factores de riesgo para infarto al miocardio

No se realizó la evaluación de posibles factores de riesgo para infarto al miocardio ya que en toda nuestra población muestra sólo fue reportado uno.

Evaluación de factores de riesgo para enfermar por hipertensión arterial sistémica

Para la evaluación de este daño se consideró como población en riesgo el grupo de edad >20 año el cual es de 601 personas en donde se identificaron 80 personas con el daño. Los factores de riesgo evaluados fueron el pertenecer al grupo de edad de ≥ 65 años, ser hombre,

tener antecedente heredo familiares de diabetes tipo 2, tener algún grado de obesidad, ser fumador, no realizar ejercicio físico cotidiano y por último presentar alcoholismo, el cual no se evaluó debido a que nuestra muestra ninguno de lo que presentaron la enfermedad de hipertensión arterial refirieron ser alcohólicos.

De la evaluación de factores de riesgo mencionados se confirmaron como factores de riesgo para enfermar por hipertensión arterial sistémica en la población estudiada los siguientes: pertenecer al grupo de edad de mayores de 65 años ya que este grupo de edad tiene 4.9 más de probabilidad de enfermar por hipertensión arterial sistémica que los grupos de menor edad, el sexo masculino tambien representa un factor de riesgo para enfermar de hipertensión arterial sistémica ya que tiene 3.3 más de probabilidad de enfermar de hipertensión arterial sistémica que las mujeres.

A continuación se presenta en la tabla 32 el análisis de los factores de riesgo su razón de momios y su intervalo de confianza.

Tabla 32. Evaluación de factores de riesgo para enfermar por hipertensión arterial sistémica en la población > de 20 años de edad, de la UMF Fovissste, año 2007

Posibles factores de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza
Grupo de edad > de 65 años	4.9	2.73-8.65
Sexo masculino	3.3	1.90-5.72
Tener familiar hipertenso	1.5	0.87-2.48
Obesidad	0.9	0.55-1.49
Tabaquismo	0.9	0.41-1.80
No realizar ejercicio físico cotidianamente	0.9	0.55-1.49

Fuente: Encuesta realizada en la UMF Fovissste diciembre del 2007.

Evaluación de factores de riesgo para enfermar por diabetes mellitus

Para su evaluación se tomó a la población total de la muestra mayor de 20 años, la cual fue de 601 personas de las cuales 48 refirieron tener la enfermedad. Los factores de riesgo evaluados fueron los siguientes: Ser mayor o igual de 40 años, ser mujer, tener antecedentes heredo familiares de diabetes mellitus tipo 2, tener algún grado de obesidad, ser fumador, no realizar ejercicio físico cotidiano y ser alcohólico, el cual no se pudo evaluar debido a que sólo una persona que presentaba la enfermedad refirió ser alcohólica.

De los factores de riesgo evaluados, sólo el ser obeso fue un factor de riesgo, además es importante señalar que 100 por ciento de las personas con diabetes mellitus tipo 2 tiene algún grado de obesidad.

A continuación se presenta en la tabla 33 la evaluación de factores de riesgo, su razón de momios y su intervalo de confianza:

Tabla 33. Evaluación de posibles factores de riesgo para enfermar por diabetes mellitus en la población > de 20 años de edad, de la UMF Fovissste, año 2007

Posibles factores de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza
Grupo de edad > de 45 años	1.0	<0.53<<OR<1.85>
Sexo femenino	1.2	<0.61<<OR<2.17>
Tener familiar diabético	0.9	<0.43<<OR<1.72>
Obesidad	La frecuencia de obesidad en las personas con diabetes mellitus es de 100%	
Tabaquismo	1.2	<0.52<<OR<2.69>
No realizar ejercicio físico cotidianamente	0.9	<0.45<<OR<1.59>

Fuente: Encuesta realizada en la UMF Fovissste diciembre del 2007.

Evaluación de factores de riesgo para muerte

No se evaluaron factores de riesgo para morir por diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y cirrosis hepática, debido a que en nuestra población muestra no se presentaron estos daños. Las muertes que se refirieron por el encuestado en el periodo 2000-2007 correspondían a: accidentales, peritonitis, insuficiencia renal, cáncer y cardiopatías.

7.5.4. Recursos, servicios y programas de salud

Las tablas 34,35 y 36 muestran que el 88.4 por ciento de la población encuestada es derechohabiente del ISSSTE UMF, siendo el grupo de 65 años y más el que aporta el mayor número de derechohabientes (76 derechohabientes) y el grupo de 0 a 4 años representa el número menor de derechohabientes con un total de 20. De acuerdo al sexo, las mujeres derechohabientes del ISSSTE son mayoría con respecto a los hombres. De la población derechohabiente encuestada del IMSS, 72 por ciento hace uso de los servicios de esta institución en

tanto que de la población derechohabiente del ISSSTE 90 por ciento utiliza los servicios de la UMF Fovissste. Respecto a la percepción que tienen los usuarios de la UMF Fovissste sobre la calidad de la atención refirieron que el servicio que reciben por parte de los prestadores de servicio es excelente.

En la actualidad, debido al alto costo de los servicios privados, se esperaría que cerca del 100 por ciento de la población derechohabiente hiciera uso de los servicios institucionales, situación que como ya se mencionó, no se encontró, lo que se explica debido a que una debida proporción de los derechohabientes tienen simultáneamente derechohabiencia en otras instituciones de seguridad social.

Tabla 34. Distribución del tipo de derechohabiencia de la población de la población encuestada de la colonia Fovissste por grupo de edad año 2007

Grupo de edad	IMSS	ISSSTE	PEMEX	Ninguna	Total
1 a 4	4	20	1	2	27
5 a 9	4	36	0	1	41
10 a 14	5	42	2	0	49
15 a 19	6	58	0	0	64
20 a 24	6	44	0	3	53
25 a 29	16	59	0	5	80
30 a 34	13	47	0	2	62
35 a 39	9	51	0	1	61
40 a 44	4	39	0	0	43
45 a 49	0	47	0	1	48
50 a 54	1	52	0	0	53
55 a 59	1	75	0	0	76
60 a 64	0	45	0	0	45
65 y más	3	76	0	1	80
Total	72	691	3	16	782
%	9.2	88.4	0.4	2.0	100

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

Tabla 35. Población de la UMF Fovissste por tipo de derechohabiencia y sexo del año 2007

Institución	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
IMSS	42	30	72	9.2
ISSSTE	335	356	691	88.3
PEMEX	3	0	3	0.3
SSA	0	5	5	0.6
Ninguna	4	7	11	1.4
Total	384	398	782	100.0

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

Tabla 36. Población encuestada de la colonia Fovissste, utilización de los servicios de salud año 2007

Institución	Población	Porcentaje
IMSS	52	6.6
ISSSTE	621	79.4
Centro de salud	58	7.4
Privadas	51	6.5
Total	782	100.0

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

Por lo que respecta al análisis del esquema Nacional de Vacunación, no se puede evaluar la cobertura de las siguientes vacunas: Anti-influenza, pentavalente, anti-neumococo, ya que no existió capacitación suficiente en el tema de la cartilla de vacunación, además que en el cuestionario no se precisó esquema completo para edad actual del menor de cinco años.

La tabla 37 muestra que sólo el 85.0 por ciento de los pacientes diabéticos tienen atención médica formal, de los cuales 77 por ciento acuden a la UMF Fovissste para su tratamiento.

Tabla 37. Cobertura de derechohabientes diabéticos de la UMF Fovissste que reciben atención médica año 2007

Atención médica	Derechohabientes diabéticos	Con y sin cobertura	Institución donde reciben atención	Porcentaje
Con atención médica	41	93.4	IMSS	8.3
			ISSTE	77.0
			SSA centro de salud	2.0
			Privada	6.1
Sin atención médica	7	6.6		6.6
Total	48	100.0		100.0

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

Observamos en la tabla 38 que 93.7 por ciento de los pacientes hipertensos tienen atención médica formal, de los cuales el 68.75 por ciento de los hipertensos acuden a la UMF Fovissste para su tratamiento, como se muestra en la tabla 35.

Tabla 38. Proporción de derechohabientes hipertensos de la UMF Fovissste que reciben atención médica año 2007

Atención médica	Derechohabientes hipertensos	Con y sin cobertura	Institución donde reciben atención	Porcentaje
Con atención médica	75	93.7	IMSS	15.0
			ISSSTE	68.7
			SSA centro de salud	1.25
			Privada	8.7
Sin atención médica	5	6.3		6.3
Total	80	100.0		100.0

Fuente: Encuesta realizada en la unidad Médico Familiar Fovissste diciembre del 2007

La productividad de la UMF Fovissste es de 2.7 consulta por hora médico, según el Departamento de Estadística de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa.

7.6. Resultados derivados del análisis cualitativo

7.6.1. Espectro del discurso

La tabla del espectro del discurso se construye con los siguientes elementos: En la primera se registran las variables discursivas en este caso se trata de *usuarios*, en las siguientes columnas se apunta los subconceptos del concepto *percepción*, tales como enfermedad, salud y padecimiento. Al interior de las celdas se observan anotaciones tales como *presente* y *ausente*, que se debe interpretar en el sentido de que tales subconceptos fueron explicitados por tales variables discursivas.

En las mismas celdas, entre paréntesis está anotado el número de veces que el subconcepto fue reconocido en el texto. No tiene la finalidad de indicar más o menos, su función es útil para describir la *consistencia interna del discurso,* es decir, aquellos argumentos en los que el informante utiliza para darle *fuerza* a su discurso.

El espectro tiene diversas lecturas, para el caso que interesa, de manera vertical cuando el subconcepto fue utilizado por ambos entrevistados aparece clasificado como generalidad; cuando sólo ha sido mencionado por un entrevistado aparece el término de variabilidad; y caso extremo aquel subconcepto que se espera del entrevistado y no es mencionado por ninguno de ellos.

Tabla 39. Espectro del discurso. Percepción (usuario)

Subconcepto Variable discursive	Enfermedad	Salud	Padecimiento
Usuario 1	Presente (11)	Ausente	Presente (5)
Usuario 2	Presente (12)	Ausente	Presente (2)
Clasificación	Generalidad	Caso extremo	Generalidad

Fuente: Trascripción entrevista focalizada a usuario en la UMF Fovissste. Entrevistas realizadas 10 de enero 2008.

Generalidad. La obtuvieron los subconceptos Enfermedad y Padecer, sin embargo los matices que adoptan son diferentes, por ejemplo *enfermedad* como conocimiento de ella, enfermedad por sus causas, enfermedad por su conocimiento científico y enfermedad por su conocimiento popular, conceptualización de la enfermedad y enfermedad mental, emocional, expectativa de la enfermedad, enfermedad de recurso para la atención, la tercer columna está destinada al subconcepto de salud ya que se esperaba encontrar información sobre esta debido a que las preguntas en la entrevista estaban dirigidas al conocer de la salud, y la cuarta columna esta destinada al subconcepto de padecimiento.

Se pudo detectar en este análisis que a pesar de que las preguntas dirigidas a los usuarios estaban enfocadas a indagar cómo consideraban el estado de salud de los usuarios de la UMF Fovissste, ambos nos hablaban de enfermedad y sin embargo, no nos hablaron de la salud. La enfermedad la identifican como un problema, dolor, obesidad, tabaquismo, colesterol, triglicéridos y en ambos casos hablan sobre la diabetes e hipertensión.

" la mayoría de los problemas que yo considero que pueden haber más elevados aquí en la unidad…porque cuando no es uno es Diabético, es hipertensión…anda arriba con los colesteroles o los triglicéridos muy altos…eso es lo que yo he notado"Usuario 1

La entrevista fue tomando diferentes matices en ambos casos, hablaron sobre la enfermedad como conocimiento de tratamiento; de ella refiriéndose a tratamientos con fármacos que actualmente toma uno de ellos, a el estado correcto de su presión arterial, dieta adecuada, ejercicio y farmacoterapia, así como también conocimiento de la enfermedad, refiriéndose a los daños que pueden causar al organismo enfermedades como diabetes.

*" bueno, yo soy flaca siempre he sido flaca, pero mi esposo es rellenito tons mis hijos salieron al papá,*y entonces me decía mi hija…¡Ay! Mamá ¡ Este yo quiero que me caiga azúcar para estar como usted *¡NOOO!, la azúcar es una enfermedad muy mala, te malea tus órganos vitales como es el riñón, el páncreas, el hígado, los ojos, el azúcar hay que tenerle respeto" Usuario 2*

Ambos nos hablan sobre sus causas de la enfermedad, nos mencionan que "*por ser flojos*" y no hacer ejercicio, por no asistir a sus consultas, a la obesidad la retoman tanto como una enfermedad, como una causa para la enfermedad, comentan además que la contaminación contribuye a enfermedades, así como la mala alimentación al referirse al consumo de azúcares, harinas.

También se hace mención a los procesos que actualmente utilizan para subir para engordar a los animales que son para nuestro consumo así como también el riego de aguas contaminadas en frutas y verduras. Nos hablan de la enfermedad por su conocimiento científico y su conocimiento popular destacando el conocimiento de algunas

etiologías de las enfermedades crónico degenerativas como la obesidad, los niveles de colesterol y triglicéridos predisponen a la elevación de los parámetros estables de la presión arterial, así como que la diabetes mellitus uno de sus factores causales corresponde a genéticos, esto es antecedentes heredo familiares.

Pero a la vez el usuario nos habla de conocimiento de la enfermedad popular; relacionándonos otro agente causal de esta enfermedad que es debido a espantos o alteraciones emocionales.

"…choqué…me envistieron y me espanté…exactamente a los 15 días yo ya tenía el azúcar, pero no, yo tenia ya el gene, porque ahora mis hijos los dos, tienen azúcar, y ellos ni se han espantado, posiblemente hagan muinas y eso, porque pues quien no las hace no?…pero yo le achacaba a ese choque que tuve ….Y no, no….ya traes, yo, dicen que todos traemos el gene del azúcar.Hay que cuidarse" Usuario 2

Nos conceptualizan las enfermedad, como un algo que te lleva a la muerte si no se tienen los cuidados adecuados para evitar su evolución de esta, desde su expectativa de que de "*algo nos tenemos que morir*", relacionan a la enfermedad mental causada por el estrés, estados emocionales de presión de las personas como económicos y laborales que los lleva a una enfermedad mental.

El padecimiento desde el punto de vista como conocimiento empírico para su tratamiento el cual se informa a través de los medios de comunicación (el internet) es sentir de la persona que corresponde a algo que lo ocasiona.

·"hay un medicamento que se esta manejando para bajar lo de la hemoglobina, pero ya no me volví a meter al Internet…para, para ver si ya esta en México o no"… Usuario 1

Durante la entrevista surgieron temas emergentes como de políticas de la institución en el caso del usuario 1 quien nos menciona, que la atención del servicio de la UMF Fovissste es muy buena, que lo motiva a asistir a sus consultas, pero que en laboratorios de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, les tardan mucho en dar sus citas y quizá por eso la apatía en ya no querer ir después.

"luego te mandan al laboratorio y te dan la cita dentro de una o dos meses y ps dices…no que ya voy a ir yo ya no regreso…si ya ibas preparado y..no te atendieron ps…y es que a veces no te avisan…por ejemplo..yo fui …tenia años que no iba yo a la clínica… y me presento…si pero pues..si pero ya namás porque es de urgencias los vamos a atender…venga mañana y le hacemos sus análisis… entonces…si tu no sabes, no te informan, entonces vas a regarla..llegas y te dicen…sabes que no ps no te toca, vamos a ver en la libreta y ahorita te anotamos"Usuario 1

El usuario 2 menciona que cuestiones económicas los predisponen al estar mal, estresados y a enfermar, platican sobre grupos sociales de ayuda, emocionales; en donde el aspecto social fue el más destacado.

"la presión alta, a veces, tienes estrés, aunque sean jóvenes, tienen estrés, que tienen que entregar un trabajo que tienen, no tienen dinero para determinada cosa, se estresan entonces empieza su presión y se desquicia uno hija!...hay que cuidarse de todo la vida es tan divina"… Usuario 2

Tabla 40. Espectro del discurso. Percepción (prestador de servicio)

Subconcepto Variable discursiva	Enfermedad	Salud	Padecimiento
Doctora	Presente 3	Presente 2	Ausente 0
Enfermero	Presente 3	Presente 2	Ausente 0
Cualificación/ Clasificación	Generalidad	Generalidad	Caso extremo

Fuente: Transcripción Entrevista Focalizada a prestador de servicio Entrevistas realizadas 14 de enero 2008.

Durante esta entrevista se retomo el subconcepto enfermedad el cual se presento al igual que en la entrevista realizada a usuarios en diferentes matices. La enfermedad y su prevención, enfermedad su conocimiento, conocimiento científico, enfermedad y sus tratamiento, la enfermedad y sus complicaciones. El subconcepto de salud a diferencia de los usuarios entrevistados en los prestadores de servicio se generalizó el tema en salud y para este también las preguntas estaban dirigidas a la salud.

Un último subconcepto el padecer y en este se observó que ninguno de los entrevistados habló de padecimiento por lo que se codificó como caso extremo, ese hallazgo quizá se debe a que; los prestadores de servicio no ven a la salud-enfermedad como propio, si no como un punto de vista externo ya que trabajo es curar la enfermedad y fomentar la salud. Se encontró variabilidad en los subconcepto que sólo haya sido mencionado por un entrevistado y como

caso extremo al subconcepto padecimiento que se espera por el entrevistado y no es mencionado en ninguno de ellos.

En estas entrevistas ambos prestadores de servicios tuvieron generalidades en los temas de salud y enfermedad, el concepto de enfermedad como se mencionó antes tuvo varios matices iniciando con la enfermedad desde su conocimiento esto, es la identificación en esa población con la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas que relacionan a condiciones de edad en su mayoría.

"Bueno, como se ha visto nacionalmente, las enfermedades que prevalecen son diabetes, hipertensión, crónico degenerativas, y que bueno se esta trabajando sobre eso para que lleven su alimentación, sus dietas, sus prevenciones, cuidar sus hábitos, sus pies, su presión, cuidar sus colesteroles, su azúcar…eso es básicamente, sus cuidados" Prestador 1
Enfermedad y su prevención clínica pues ambos hablan sobre el control desde el aspecto clínico refiriéndose, a niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos, fomentar buenos hábitos y una adecuada alimentación, enfermedad desde su tratamiento; los cuidados que deben de tener los pacientes, en seguir una dieta adecuada, hacer ejercicio, la ingesta correcta de sus medicamentos según su tratamiento y no dejarlo. Nos enfatizan en que se les da la información a los pacientes sobre la enfermedad y sus complicaciones.

En el subconcepto salud se aprecia generalidad por ambos entrevistados, describiendo en tal caso a la salud como un equilibrio, emocional físico y psicológico, el no estar enfermo, el estar bien, como lo más importante, como algo que hay que cuidar. Salud fue tomando varios matices en esta entrevista, como saludable que es como el Prestador 1 considera que la población cuida de sus hábitos, alimentación y tratamientos lo que los lleva al estar estables.

"La población de aquí prevalece la tercera edad, la considero estable porque son pacientes que cuidan de su salud, precisamente, cuidan de sus hábitos, de sus tratamientos, cuidan de prevenir y están pendientes y entonces es estable" Prestador 1

Se tocaron temas emergentes como socialización y la importancia de este en ante la población en especial en población de tercera edad ya que existen grupos de recreación que fomentan la actividad física, y la salud. El ambiente donde el entrevistado menciona su importancia en las necesidades que tenemos como el agua que ha disminuido por la deforestación, contribuyendo esto en la salud, además de aspectos económicos y psicológicos que afectan la salud. Otro tema que surge como emergente es la educación para la salud donde se considera la educación para la salud y el autocuidado.

"se podrían aplicar estrategias pertinentes establecidas en l apolítica de salud con lo cual se estará la posibilidad de generar prácticas de autocuidado en el individuo y la familia, todo esto mediante la educación para la salud, el fomento, aplicando talleres, en cursos a todos los pacientes para que así se tenga una idea de cual es cómo...mm...como es...como llevar su autocuidado..."Prestador de servicio 2

En general los conceptos en ambos entrevistados fueron generalizados, ambos hicieron hincapié en que las enfermedades que prevalecen en la población obedecen a crónico degenerativas.

Tabla 41. Espectro del discurso. Reto (Directivo)

Subconcepto Variable discursiva	Enfermedad	Salud	Padecimiento
Directivo 1	Presente (7)	Presente (10)	Presente (1)
Directivo 2	Presente (2)	Presente (3)	Ausente
Cualificación/ Clasificación	Generalidad	Generalidad	Variabilidad

Fuente: Transcripción Entrevista Focalizada a Directivos. Entrevistas realizadas 16 de enero 2008

Durante esta entrevista se detectaron generalidades en temas sobre enfermedad y salud en ambos entrevistados y variabilidad en el subconcepto padecimiento más adelante se describe.

Esta entrevista fue realizada a directivos; sin embargo consideramos la importancia del puesto que desempeña cada uno de ellos pues en base a esto se encontró que a pesar de tener muchas generalidades en conceptos cada uno dio prioridad a diferentes retos, el Directivo esta involucrado con aspectos sobre morbilidad y mortalidad de los derechohabientes de la unidad por lo que sus retos están mayormente enfocados a prevención de enfermedades.

Por el otro lado el segundo entrevistado, Directivo 2, enfatiza en el mayor reto aspectos de calidad en el servicio. El primer concepto, la enfermedad, para el Directivo 1 es considerada como un reto para el instituto refiriéndose a las enfermedades crónico degenerativas; diabetes mellitus, hipertensión, ya que obedecen a grupos de edad de adultos mayores y comenta que esta población esta predestinada a aumentar en nuestra pirámide poblacional, ocasionando mayor incidencia de estas enfermedades con los años, incluso nos señala aumento de decesos por complicaciones de estas enfermedades y que los estilos de vida nos predisponen a estas.

"Estas enfermedades han cobrado mucha incidencia y sobre todo las complicaciones de las mismas, hay mas decesos por insuficiencia renal crónica, por diabetes mellitus descompensada, por accidentes vasculares cerebrales, por isquemias cerebrales, por infarto agudo en miocardio…si…son las..la vida ,la vida cotidiana, sedentarismo, la mala alimentación nos conllevan como factores que predisponen para presentarse esta enfermedades…"Directivo 1

La enfermedad como conocimiento científico ya que se relaciona una mala alimentación, con la obesidad u otras enfermedades y las complicaciones que se pueden llevar a efectos si no se tiene un control adecuado, el directivo 2 dio un enfoque de la enfermedad desde el punto de vista de su tratamiento como conocimiento científico, como otorgamiento del servicio habla de terapéuticas con las que no cuentan y para las que se necesita capacitar al personal.

El Directivo 1 habla de salud dando un matiz preventivo considerando a éste; el mayor reto de la institución, un análisis de salud a sus usuarios y determinar factores que los pueden predisponer para así establecer programas relacionados con estos, considerando a la capacitación con un tema primordial para la salud y prevención de enfermedades, la educación al paciente, a los usuarios para lograr compenetrar en ellos y realicen cambios en sus estilos de vida en beneficio de salud, en vigilar los padecimientos de los usuarios aunque no tengan un diagnóstico concreto de alguna enfermedad.

Como se había mencionado antes el directivo 2 enfatiza en que los retos mayores que tienes la institución están enfocados a la calidad, a un mejor servicio, para mejorar la atención médica, el abasto de medicamento, llevar a cabo un modelo de gestión de calidad a beneficio del usuario habla de seis elementos para éste que son imagen, organización, evaluación, filosofía del programa y el aseguramiento de los procesos de calidad.

Sin embargo considera al mayor reto de la institución, el cambio de actitud del personal ya que menciona que las conductas desfavorables y la falta de una buena cultura organizacional ha impactado mucho en la percepción que tiene el usuario sobre la calidad de los servicios, y echa mano de los recursos humanos evaluándolo constantemente para detectar áreas y servicios donde se tiene que mejorar y el personal de alguna forma vaya cumpliendo con la responsabilidad tiene la institución. Hace apreciación de las mejoras en el servicio de hospitalización y considera se requiere mejorar la capacitación del personal para lo cual se está trabajando ya que se capacita en base a un estudio anual de la morbilidad. En los servicios que se detectan focos rojos el jefe o coordinador debe de establecer programas correctivos para que se mejore, también se están realizando cambios en la infraestructura con expectativas a un tercer nivel. Y que se esta trabajando en la mejora de la calidad del servicio.

"vamos trabajando en el aspecto de mejorar todo a través de los modelos de calidad que no estamos haciéndolo de manera , que la gente se esta preparando..eh quienes están dentro del área de gobierno en este…capacitarse al menos con diplomados en administración de servicios de salud, administración hospitalaria para poder establecer realmente programas que si sean aplicables y que…logren ese cambio que bueno, los que queremos al instituto queremos que se logren…" Directivo 2

Finalmente el mayor reto institucional es la calidad de los servicio y para ello se requiere capacitación al personal. Se observa un gran optimismo por parte de los directivos para realizar estos retos.

8. DISCUSIÓN

Los principales hallazgos encontrados en los usuarios derechohabientes de la UMF FOVISSSTE, fueron de importancia socio-demográficos ; ya que se encontró una estructura en la pirámide poblacional que difiere con la nacional y la estatal, ya que presenta una base estrecha que corresponde al grupo menores de 5 años ya que representa 3.4 por ciento del total de la población, un grupo amplio de mayores de 65 años que representa el 10.2 por ciento de la población total, el grupo de 25-29 también con 10.2 por ciento del total de la población seguido por 9.7 por ciento de la población correspondiente al grupo de 55-59 años.

Esto es indicativo de que esta población existe control de natalidad y aumento en la esperanza de vida, lo que se traduce en una mayor demanda para los servicios por parte del grupo de edad potsproductiva, una población con tendencias a un envejecimiento, lo cual ya vemos reflejado en la demanda de cuidados generados por enfermedades crónico-degenerativas, por lo que hace evidente que en esta población el fenómeno del envejecimiento más agudizado que en el promedio del país.

Por cada 96 hombres hay 100 mujeres, esta razón coincide totalmente con la nacional, la tasa bruta de mortalidad reflejada en el estudio fue de 2.50 fallecimientos por cada 1000 habitantes, mucho menor que la tasa bruta de mortalidad de Veracruz la cual es de 5.07[26] y la nacional de 4.45 fallecimientos por 1000 habitantes[26]. La tasa bruta de natalidad de 6.34 nacimientos por 1000 habitantes, también se encuentra muy por debajo de la estatal la cual es 18.52 y la nacional de 17.77 nacimientos por 1000 habitantes en el 2007[26], esto confirma la diferente estructura demográfica que presenta esta población, como lo indicamos anteriormente con la pirámide poblacional.

Sólo se presentó un caso de analfabetismo en toda la población, y el mayor porcentaje de nivel de escolaridad corresponde a la profesional o licenciatura concluida, seguido de bachillerato. Con base en nuestros indicadores para medir el nivel económico familiar se obtuvo que 74.5 por ciento de la población corresponde a un nivel alto y el 22.5 por ciento corresponden a un nivel medio y sólo un 3.6 por ciento de la población con hacinamiento. Y sólo 21.0 por ciento corresponde a población económicamente activa desocupada. El 100 por ciento de las viviendas de nuestra muestra presentaron condiciones favorables en nivel de vida.

En la identificación de daños se obtuvo; que la incidencia acumulada en niños menores de 5 años fue de 55.5 por cada 100 habitantes en los últimos 30 días previos al momento de la encuesta, este dato indica la importancia que aun sigue presentando esta enfermedad, las infecciones respiratorias agudas al igual que en el resto del país siguen siendo la primer causa de consulta en las unidades de salud con 56 por ciento [27].

Sólo se presentó un caso de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, se encontró una prevalencia de hipertensión arterial del 13.3 por ciento en la población al momento de la entrevista, y una prevalencia de diabetes mellitus del 7.9 por ciento la cual se ubica, por debajo de la Encuesta Nacional en Salud 2000, que estima que en México 10.7 por ciento de la población mayor de 20 años y 16.1 por ciento en el estado de Veracruz, sufre diabetes[27].

Dentro de la evaluación de los posibles factores de riesgo para los daños. Se encontró que de aquellos factores de riesgo para enfermar por infección respiratorio aguda en menores de 5 años ninguno tuvo un riesgo significativo, al igual al evaluar el mismo daño en la población > de 65 años, esto quizá se deba al tamaño de la muestra, que posiblemente no contuvo la población suficiente en estos grupos de edad para estudiar sus posibles factores de riesgo.

En la evaluación de posibles factores de riesgo para enfermar por infección de vía urinarias, sólo el uso diario de baños públicos resulto un factor de riesgo significativo; ya que existen 2.8 mujeres > de 15 años que utilizan baños públicos diarios, contra una enferma en el grupo que no utiliza baños públicos. En la evaluación de los factores de riesgo para accidentes de transporte en vehículo de motor, el único factor de riesgo significativo fue el manejar a exceso de velocidad, pues mientras que en el grupo accidentado hay 7.3 conductores > de 16 años que conducen a exceso de velocidad, hay en el grupo no accidentado una. Sobre la evaluación realizada a los posibles factores de riesgo para enfermar por hipertensión arterial sistémica, el único riesgo con significancia fue ser > de 65 años, pues, mientras que en el grupo enfermo hay 4.9 personas >de 65 años, hay en el grupo no enfermo una.

Por último la evaluación de los factores de riesgo para enfermar de diabetes mellitus, sólo se obtuvo como hallazgo importante que 100 por ciento de la población diabética tiene obesidad. Según el perfil de morbilidad nacional en ISSSTE a nivel nacional en el 2005, la hipertensión arterial es la segunda causa de morbilidad con 750 casos por 100 000 derechohabientes, y la diabetes mellitus ocupa la tercera con 518 casos por cada 100 000 derechohabientes[28].

De acuerdo a los datos obtenidos de la población diabética estudiada 85.4 por ciento recibe atención médica para su enfermedad y 14.5 por ciento refiere no tenerla, 77 por ciento acude al ISSSTE para su atención. De la población de hipertensos estudiada el 93.75 por ciento recibe atención médica para su enfermedad y 6.25 por ciento refiere no tenerla; 68.7 por ciento recibe la atención médica en el ISSSTE.

El estudio cualitativo en este diagnóstico nos llevó a comprender la realidad social sobre la percepción desde diferentes estratos, hasta varios ángulos relacionados que toman en cuenta aspectos sociales[28], culturales,

interpersonales y cognoscitivos. Los principales hallazgos fueron realmente homogéneos sobre los conceptos la codificación[29] realizada fue de gran valor debido a que se proyectaron o reflejaron las mismas preocupaciones centrales entre los distintos estratos: usuarios, prestadores de servicio y directivos.

Lo cual nos habla de una sociedad armonizada. De una sociedad con conocimiento para identificar posibles factores de riesgos para causar enfermedades. Los usuarios generalizaron sus conceptos al preguntarles por su salud nos hablaron de enfermedad, identificándola como un problema, definen y tiene conocimiento de la prevención, ya que nos agrupan una serie de conceptos sobre determinantes para enfermar (obesidad, malos hábitos alimenticios) y el fomento a su auto-cuidado para lograr "sentirse bien", nos marcan la identificación de las enfermedades y padecimientos que aquejan a la población en la que se desenvuelven; esto es enfermedades crónico degenerativas; como la hipertensión y diabetes mellitus, y sus medidas preventivas, lo que nos indica un amplio conocimiento por parte de los derechohabientes usuarios de esta unidad estudiada.

Por parte de la percepción de los prestadores de servicios; sus generalidades al igual que en los usuarios fueron enfermedad, y en este caso salud, ambos refieren el estado de salud de los derechohabientes usuarios como estable, con procesos de salud-enfermedad que corresponden a enfermedades crónico-degenerativas, su relación con el panorama nacional y el aumento de la población adulta, los factores de riesgo que corresponden a estilos de vida y su prevención. Identifican a una población derechohabiente que fomentan buenos hábitos para procurar su salud.

Por parte de los directivos de igual manera generalizaron al hablarnos de las principales enfermedades que afectan a la población son las crónico-degenerativas, el aumento de la población adulta mayor y su enfoque a la prevención, enfatizando en la "calidad de los servicios".

Otros estudios realizados nos hablan que la percepción de la calidad del servicio está representada por las características del proceso de atención, impacto o resultado de salud, características de de estructura física, humana y organizacional y condiciones relativas a la accesibilidad. La falta de calidad en los servicios causa insatisfacción del usuario e impacta en el control de enfermedades[30].

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en la encuesta de salud. Los adultos mayores evalúan su estado de salud como regular, conocen y aceptan sus limitaciones desde la perspectiva de la edad, por lo que es posible que manejen mayores valoraciones sobre su propia salud, que si opinasen las personas de su entorno directos.

Entre los mayores, los que tienes estudios superiores presentan valoraciones más positivas, dos de tres tienen un percepción buena sobre su salud, entre los analfabetos dos de cada diez presentan valoraciones positivas sobre su salud. Lo que nos indica que la falta de recursos culturales aumenta la incertidumbre y la inseguridad ante cualquier circunstancia de la vida, Estilos de vida inapropiados o los hábitos poco saludables también se asocian con valores negativos de percepción, por ejemplo la obesidad[31].

Sin duda este estudio realizado es un indicativo sobre los procesos de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, aunque no nos fue posible evaluar los todos factores de riesgo seleccionados se encontraron factores de riesgo que efectivamente predisponen a ciertas enfermedades.

En la población estudiada se observo que al igual como sucede a nivel nacional las principales enfermedades que aquejan a la población desde su perspectiva como desde la evaluación realizada con base a los datos recolectados por la entrevista, obedecen a enfermedades crónico- degenerativas y lesiones, sin olvidar aun su gran importancia que siguen presentado las infecciones respiratoria agudas en grupos de edad vulnerables, lo que coincide con la transición epidemiológica que actualmente atraviesa nuestro país.

Nuestro país se encuentra en una transición epidemiológica, donde predominan cada vez más las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Menos del 15 por ciento de la población obedecen a enfermedades infecciosas comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición (rezago epidemiológico, 11 por ciento lesiones de accidentes e intencionales, y 73 por ciento a padecimientos no transmisibles, como diabetes, los problemas cardio-vasculares y el cáncer[32]

La transición epidemiológica en Veracruz no es un hecho que se ajuste a patrones clásicos explicativos de dicha teoría, ya que se ha visto la reducción de la tasa de fecundidad, también tuvo su máxima expresión en los últimos 20 años. Al igual que una reducción en la

mortalidad que se presenta para diferentes espacios poblacionales, por determinantes sociales como mejora de condiciones económicas, ambientales e inclusive el uso de la tecnología moderna, y la utilización de nuevos tratamientos antimicrobianos y creación de programas de atención para la salud. De hecho, en algunos estratos se dio primero la reducción en la mortalidad y posteriormente y en forma lenta la reducción de la fecundidad[27].

No queremos dejar de mencionar las limitantes que se presentaron durante la realización de este diagnóstico; de primera instancia se considera que el periodo en tiempo no fue el adecuado para realizar un correcto estudio; la información requerida para iniciar el estudio a nuestra priorización de daños no se encontró en el lugar de estudio lo que implicó el desplazamiento continuo a otra sede.

Al hacer la evaluación y los análisis de los resultados se detectaron errores que nos impedían hacer un buen estudio tal es el caso del apartado de infección de vías urinarias donde la pregunta realizada a las encuestadas para detectar una mala técnica de higiene después de la micción no fue contestada por todas las encuestadas.

En la recolección de la información que proporciona el esquema de vacunación en menores de cinco años, el instrumento no ayudó para determinar si esta población contaba con este documento completo siendo posible que esto se debiera a la capacitación inadecuada de todas las personas que participaron para la elaboración y aplicación de este instrumento.

Con respecto al apartado de accidentes por vehículo de motor no se determinó la población adecuada en riesgo por lo cual no se pudieron medir los posibles factores de riesgo. La falta de conocimiento del programa SPSS por parte de todos los participantes en la realización de esta investigación nos llevó dedicarle mayor tiempo del estimado.

Se observó que durante la evaluación de los factores de riesgo, gran parte de los resultados no fueron significativos estadísticamente, esto quizá se deba a que se tomó una muestra del mismo tamaño para el estudio de todos los daños, sin prevenir que algunas enfermedades son menos frecuentes por lo que requieren un mayor tamaño de muestra. Por lo tanto no se pudieron evaluar muchos factores de riesgo debido a que en nuestra muestra no apareció el daño.

9. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

La población de derechohabientes del ISSSTE usuaria de la UMF, Fovissste, vive actualmente, al igual, que la población nacional y estatal, circunstancias y necesidades muy distintas a la de tiempos pasados, lo que resulta importante conocer para anticiparnos a las necesidades en salud de futuras generaciones, realizar propuestas que nos permitan fomentar la salud, y prevenir daños que aquejen a nuestra población.

Las propuestas que se mencionan a continuación son realizadas con base a los resultados obtenidos en nuestro diagnóstico, y el desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las crónico-degenerativas.

Se sugiere con prioridad apoyarse en la participación comunitaria. Para promover hábitos y estilos de vida saludables en diversos apartados: como disminuir la alimentación inadecuada. Como se mencionó en los resultados el total de los enfermos con diabetes mellitus presenta obesidad, por ello consideramos importante actuar sobre los factores que facilitan el sobrepeso y la obesidad, potencializando las actividades que lo disminuyan.

Fomentar las actividades que, en todos los escenarios, favorezcan la alimentación adecuada para cada uno de los grupos de edad, sexo y estados de salud. Gestionar a través de los prestadores de servicio la formación de grupos para capacitación sobre buenos hábitos alimenticios, y educación para un auto-cuidado nutricional, capacitación para el conocimiento de enfermedades, sus consecuencias, tratamientos y el auto cuidado de estas, especialmente las que dañan el estado de salud de esta población, que conozcan sus factores de riesgos y cómo prevenirlos.

Quizá suene repetitivo y muy usado en la actualidad, por las instituciones de salud, pero se detectó que en esta colonia hay pequeños grupos formados por adultos y adultos mayores para realizar actividades recreativas, por lo que sería una buena oportunidad para capacitar a esta población. Sin duda el sobrepeso y la obesidad es un daño palpable en la población; llevar un control nutricional formal en población con enfermedades crónico-degenerativas, sería de suma importancia para mantener una mejor calidad de vida.

Así como también hacer las detecciones oportunas por parte de la institución a su población para identificar,

diabetes, hipertensión y obesidad, a través de cuestionarios que identifiquen los factores de riesgo y posibles daños.

Se detectó una incidencia importante en las infecciones respiratoria agudas en niños < de 5 años con base en está se propone enfatizar en capacitación a las madres o encargados del cuidado de los niños, abundar en temas que guíe a estilos de vida saludables. Otorgar como mínimo el número de consultas que indica la Norma Oficial Mexicana para cada menor según su edad y condición nutricional.

Realizar compañas de educación vial, a todos los escenarios, por ejemplo en las escuelas donde se tiene una población cautiva. Además que son grupos de edad con mayor riesgo.

10. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

Sin lugar a duda esta experiencia de aprendizaje fue muy significativa para todos los miembros del equipo, el primer acercamiento fue conocernos, para poder identificar nuestras fortalezas y debilidades, al interior del equipo su pudo formular una comunicación bastante amplia, por lo que la coordinación para la realización de las tareas asignadas simplificó el trabajo.

Cada integrante del equipo tiene formaciones profesionales distintas por lo que en el transcurso de la realización del diagnóstico fue una herramienta importante, permitió enriquecer la investigación ya que pudo tomar diferentes matices.

Nos permitió conocer una parte del funcionamiento de las instituciones de seguridad social en México ya que ninguno había contado con esta oportunidad ampliando así nuestra percepción sobre estas.

En el proceso de investigación del diagnóstico de salud, observamos que es una tarea compleja ya que son distintos los puntos de abordaje y los factores de riesgo que determinan una enfermedad, tuvimos que tomar en cuenta el entorno socioeconómico, las percepciones de los actores sociales involucrados y como se conjugan estas.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública. (serial online) 2008. Ene (referido en 2008 Feb 1); 1(1): (1 página en pantalla)Disponible en URL: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP.htm

2. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, "Definición", en *Salud* [Actualización: 19 de junio de 2006], (serial online) 2008. Ene (referido en 2008 Feb 1); 1(1): (1 página en pantalla). Disponible en URL en www.diputados.gob.mx/cesop/

3. Sánchez M. Elementos de salud pública. 3ª ed., D.F. (México) Méndez Editores. 2003. P. 1,9.

4. Alegre V. et al. Diagnóstico de salud. (Serial online) 2007. Oct. (referido en 2007 Oct 10); 1(1): (10 páginas en pantalla). Disponible en: URL: uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/jornadas%202004/32_ciudades%20saludalbes_%20diagnóstico%20de20%salud.htm

5. Ladrón de Guevara, E. ¿Qué es el diagnóstico de salud?. (serial online) 2007. Oct (referido en 2007 Oct 15); 1(1): (9 páginas en pantalla) Disponible en URL: http://www.uv.mx/isp/diplomado/modulo_II/Sesi%C3%B3n%201/Componentes%20del%20Diagn%C3%B3stico%20de%20salud.pdf

6. Álvarez R. Salud pública y medicina preventiva. 3ª ed. México, D.F. El Manual moderno.

7. Poder Ejecutivo. Plan Nacional de Desarrollo. Página oficial.(serial online)2008. Ene. (referido en 2008 ene 28); 1(1): (1 página en pantalla). Disponible en URL: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud

8. Gobierno del Estado. Plan Veracruzano de Desarrollo. Página Oficial (serial online) 2008. Ene. (referido en 2008 Ene. 28); 1 (1): (1 página en pantalla). Disponible en URL: http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/GOBVERSFP/SFPPTRANSPARENCIA/SFPPLANVERACRUZANODEDESARROLLO2005-2010/10%20CAPITULOX.pdf

9. Gobierno del Estado. Programa Sectorial de Salud 2005-2010. México: SERVER; 2005

10. INEGI. Demografía. (serial online) 2008. Ene. (referido en 2008 Ene 3); 1(1): (1 página en pantalla). Disponible en:URL: www.inegi.gob.mx

11. Díaz Z, et al. Diagnóstico de salud de la Clínica-Hospital del ISSSTE en Xalapa, Ver. ISP.UV

12. Ladrón de Guevara E. Antología. Bases socioeconómicas del diagnóstico de salud. Proporcionadas para el módulo Salud pública I. Maestría en Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana.

13. ISSSTE Historia. Página oficial ISSSTE. (serial online) 2007. Sep. (referido en 2007 sep 19) 1(1); (1 página en pantalla). Disponible en URL: http://www.issste.gob.mx/issste/historia.html

14. ISSSTE Veracruz. Página oficial ISSSTE. (serial online) 2007. Sep. (referido en 2007 sep 19) 1(1); (1 página en pantalla). Disponible en URL: http://www.issste.gob.mx/veracruz/ante.html

15. Aguilar LCR. Documento elaborado para el concurso

del Premio de calidad del ISSSTE 2006. Hospital Xalapa, México, Xalapa 2006.
16. Ladrón de Guevara E. Diapositivas proporcionadas el10 de octubre de 2007. Módulo Salud pública I. Maestría de Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana.
17. Rodríguez G. Metodología de la investigación cualitativa.2ª ed. España, Málaga Ediciones Aljibe1999. p. 40, 208, 210.
18. Taylor SJ y Bogdan R. Ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1992. p. 15-27
19. Comunicación directa. Hernández Guerson Enrique. Comunicación directa sesión de clase 17 de enero 2008.
20. Taylor SJ y Bogdan R. El trabajo con los datos: análisis cualitativo de los datos en la investigación cualitativa. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España. Paidós Básica; 1992. p. 163
21. Hernández GE, González HA. Una aproximación al análisis cualitativo de los datos. Enseñanza e investigación en psicología 1998; 2(3); 89-101.
22. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. España Madrid.Síntesis sociológica, 1997.
23. Dossier. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. P. 25
24. Hernández GE, Saldaña ISA. Guía básica para el desarrollo de investigación: guía práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. En prensa 2007. p.208
25. Dijk TA. El estudio del discurso. Djik TA. En el discurso como estructura y proceso. España, Barcelona :Editorial Gedisa.2000.
26. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Página oficial.(serial online) 2008. Ene (referido Ene 30 2008) 1(1); (1 página en pantalla) Disponible en URL: http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/cgi-win/sisesim.exe/consultar
27. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2000. México: SSA, 2000
28. ISSSTE. Anuario Estadístico del ISSSTE 2006. Perfil de morbilidad.
29. Mejía AR, Sandova SA. Tras las vetas de la investigación cualitativa. DF México.-ITESO 1998
30. Ramírez TJ, Nájera AP, Nigenda LG. Art."Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. Vol. 40 no. 1. Ene-Feb. 1998. (serial online) 2008. Feb. (referido Feb 2 2008) 1(1); (10 páginas en pantalla). Disponible en URL: htttp://www.insp.mx/rsp/_files/File/1998/V40N1/percepción_de_la_calidad.pdf
31. Abellan A.. Percepción del estado de salud. Consejo Superior de las Investigaciones científicas. Gerotol. 2003; 13(5). P.340-342.
32. Secretaría de Salud. Programa nacional de salud 2007-2012: Por un México sano construyendo una alianza para una mejor salud. (serial online) 2008. Feb. (referido Feb 2 2008) 1(1); (1 página en pantalla). Disponible en URL: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/metas_pns/metas_pns.htm
(Footnotes)
1. INEGI (base de datos en Internet). México: Sistema Nacional Estadístico y de Información Geográfica (acceso 27 de Octubre del 2007). Glosario Completo; (aproximadamente 10 pantallas). Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/glogen.asp?t=ccp2005&c=7325
2. BVS. DeCS. (base de datos en Internet). São Paulo/SP – Brasil. Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud. (acceso 26 de Octubre del 2007). CONSULTA AL DECS ; (1 pagina en pantalla). Disponible en: http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm
3. Biblioteca Virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental. (base de datos en Internet). Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud a través del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. (Acceso 27 de octubre 2007). Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/siete.pdf
4. http://fns.org.mx/index.php?Mostrar=Script&Script=articulos&IdArticuloBis=7&IdContenido=74 6 de Noviembre de 2007 | 12:09 AM Artículos de orientación Fomento de nutricion y salud A:C:
5. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol.41 2003

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al personal de la Unidad Médico Familiar Xalapa II, Fovissste, las facilidades que nos prestaron para la realización del trabajo de investigación de esta unidad. A la Directora de la unidad Dra. Rosalba Lozano Cruz, por permitirnos el acceso a la información y al enfermero Rodolfo Conde Hernández. Al Dr. Adrián L. Bueno Bello, Director de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, al M.C. Cluni Rafael Aguilar Lendechy Jefe de Enseñanza e Investigación quien fuera nuestro coordinador, por permitirnos el acceso a la información y el apoyo incondicional que nos brindó para la realización de este trabajo. A los alumnos de la Facultad de Odontología y Nutrición de la Universidad Veracruzana, de las experiencias educativas Morfología I y II, Desnutrición y Síndrome Carenciales y Anatomía Humana, Grupo 103 de Odontología, por su ayuda para el levantamiento de la encuesta los días 15 de diciembre de 2007 y 12 de enero de 2008.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA ESCUELA DE BACHILLERES "RICARDO FLORES MAGÓN"

Angie Nayeli Cabrera Vásquez
Georgina Elizabeth Martínez Bonilla
Alberto Rubí García

Asesor interno: Mtra. María Cristina Ortiz León
Dr. Jaime Morales Romero
Asesor externo: Lic. Alejandra Pensabé Rodríguez
Dr. César del Ángel Aguilar

1. RESUMEN

El diagnóstico de salud es un tipo de investigación especial que permite conocer el estado de salud de una comunidad en un momento determinado, el resultado de este estudio fue 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. A pesar de la existencia de programas de salud enfocados a la atención del adolescente en México es evidente el vacío de información sobre este grupo etario en cuanto a sus condiciones de salud y estilos de vida en el ámbito escolar; ante la inexistencia de un diagnóstico de salud en la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón" de la ciudad de Xalapa, Veracruz. El presente trabajo presenta un diagnóstico de salud para conocer el estado de salud-enfermedad y factores de riesgo de las familias de los alumnos de la escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón así como hacer una interpretación sobre el valor, percepción y retos que en términos de salud tiene que resolver la institución. Objetivo general: Conocer el estado del proceso salud-enfermedad y factores de riesgo de las familias y adolescentes de la escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón (Xalapa, Veracruz; México) así como comprender el valor que le dan los adolescentes a su salud, la percepción del prestador de servicios de salud acerca de la salud de los adolescentes y los retos que en términos de salud tienen que resolver los directivos de la Institución. Metodología: se utilizó un diseño bimétodo (cuantitativo/cualitativo), para el abordaje cuantitativo se realizó un estudio exploratorio-descriptivo, observacional-comparativo y transversal; en lo que respecta al abordaje cualitativo por su nivel de profundidad fue de carácter interpretativo. Resultados: se analizaron característica sociodemográficas de la población en estudio, edad, sexo, distribución por actividad económica, escolaridad, lugar de residencia, nivel económico familiar, los factores de riesgo para daños a la salud analizados fueron los correspondientes a infecciones de vías urinarias (IVUs), hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), accidentes y depresión. Conclusiones: no se encontró asociación significativa para los factores de riesgo de IVUs, HTA, DM y accidentes. En lo que respecta a depresión tres factores resultaron con asociación estadísticamente significativa a depresión: a) insatisfacción con los logros escolares (OR=3.7,IC95 por ciento 2.2 a 6.4); b) disfunción familiar (escala de Apgar familiar) (OR=2.8, IC 95 por ciento1.5 a 5.3) y c) padres divorciados (OR= 2.7, IC95 por ciento 1.6 a 4.7).

2. INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico de salud es un tipo especial de investigación que de acuerdo a Álvarez- Alva se considera como la etapa inicial de la planificación sanitaria. Su utilidad consiste en que permite conocer los problemas, las necesidades de una población y de los recursos 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: objetividad, precisión, integridad y temporalidad[1].

La elaboración de un diagnóstico de salud en el ámbito escolar permitirá detectar y ofrecer una intervención oportuna, evitando que siga incrementándose el número de adolescentes que sufran de enfermedades como depresión, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de la alimentación, alcoholismo, drogadicción, adicciones, tensiones, prevención de accidentes, lesiones físicas, entre otras, que en general afectan a los jóvenes mexicanos y en particular a los adolescentes, y que son consecuencias de malos hábitos alimenticios, soledad, acceso a oportunidades, problemas en la familia o en la comunidad, y desempleo[2].

El desarrollo de las acciones a partir del Programa de Acción, "Educación Saludable"[27] en las escuelas, así como en los centros deportivos y en la red de unidades de salud, es muy importante la coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para incrementar el uso de los servicios de salud y la eficiencia en la aplicación de los programas; dichas coordinaciones son difíciles de efectuar ante la ausencia de un marco normativo que homogenice las intervenciones y regule la participación activa de los jóvenes, pero la culminación de concertaciones sólidas permitirá potencializar la aplicación de servicios, incrementando el beneficio de los recursos que se invierten en los programas por separado, hasta este momento.

A pesar de la existencia de programas de salud enfocados a la atención del adolescente en México es evidente el vacío de información sobre este grupo etario en cuanto a sus condiciones de salud y estilos de vida[3,4] en el ámbito escolar.

Poca información puede encontrarse respecto a la salud de los adolescentes, sobre todo en cuanto a lo que se refiere a diagnósticos de salud en escuelas. La escuela es un agente socializador por excelencia de donde se puede partir para la prevención y el desarrollo de programas para la formación de respecto a la salud.

A pesar de que en las últimas décadas diversos programas de salud escolar en América Latina y el Caribe han caracterizado una fuerte concentración de esfuerzos por el mejoramiento de la salud en niños y adolescentes en cuanto a condiciones de higiene y saneamiento ambiental, la prevención de enfermedades transmisibles, el tratamiento de enfermedades específicas y la realización periódica e indiscriminada de exámenes médicos o pruebas de tamizaje ("screening"); frecuentemente las comunidades educativas han sido sobrecargadas con múltiples intervenciones desarticuladas dirigidas a la solución de problemas u objetivos específicos, sin que hubiera estrategias operativas claras que facilitaran la integración de los distintos componentes (políticas, educación para la salud, servicios de salud y nutrición, etc.) y sin que exista información que a manera de diagnóstico específicamente en adolescentes.

Los programas de salud escolar tradicionalmente se consideraron responsabilidad exclusiva del sector salud y a las escuelas como simples "receptoras pasivas" de las intervenciones, casi siempre esporádicas (jornadas de vacunación, campañas de salud, charlas o conferencias sobre enfermedades específicas, entre otras) y realizadas por agentes externos a la comunidad educativa.

Con frecuencia los programas de salud escolar reflejaban las prioridades de las administraciones centrales o las agencias financiadoras, antes que las verdaderas necesidades o expectativas de las comunidades educativas. La existencia de un diagnóstico que permita visualizar las problemáticas existentes proporcionará un panorama más amplio sobre el cual moverse para generar soluciones efectiva y eficaces en torno a salud.

Ante la inexistencia de un diagnóstico de salud en la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón" de la ciudad de Xalapa, Veracruz, en el presente trabajo se elaboró un diagnóstico de salud para conocer el estado de salud-enfermedad y los factores de riesgo de los alumnos y sus familias. Se consideró necesario hacer una interpretación sobre el valor que le dan los adolescentes a su salud, la percepción del prestador de servicios de salud acerca de la salud de los adolescentes y los retos que en términos de salud tienen que resolver los directivos de la institución para conjuntar diversas perspectivas en torno a la salud de la comunidad estudiantil y enriquecer el diagnóstico de salud.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Argumentación teórica

3.1.1. Diagnóstico de Salud

El diagnóstico de salud resulta del conocimiento sobre la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo[1] y por tanto se considera la etapa inicial de planificación sanitaria.

Calzadilla menciona que se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico-biológico, higiénico-epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud[5].

El diagnóstico de salud debe mostrar los fenómenos de forma cuantitativa y elegir criterios definidos para identificar y medir la importancia de cada problema de salud, de acuerdo a la priorización de los mismos[1].

De acuerdo con el concepto ecológico de salud, el diagnóstico debe referirse a la comunidad que

vive en una localidad o asentamiento humano con características geográficas, económicas, culturales, sanitarias, etc., suficientemente homogéneas, que configuren una unidad ecológica, lo cual constituye el sujeto de programación[5].

Por otro lado, debe ser completo, capaz de describir, explicar y evaluar la situación de salud de toda la comunidad en su conjunto. El diagnóstico es un análisis de la situación de salud en un período de tiempo determinado.

El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, provincia, municipio, área de salud, centros educacionales, centros laborales, etc. Todas estas poblaciones pueden ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, para elaborar un plan de acción y de ejecución que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables. El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población[6,7].

Salleras refiere que las determinantes o condicionantes de la salud y de la enfermedad en los individuos, familiar y colectivos en una comunidad, dependen de la integración de otras variables como la biología humana (genética, envejecimiento, otros), el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), el estilo de vida (conductos de salud) y el sistema de asistencia sanitaria[8].

Por otro lado en la investigación cualitativa el diagnóstico de salud abarca temas relacionados a la salud, tratando de hacer una interpretación de los conceptos de valor a la salud, entendiendo valor como la satisfacción anticipada que uno tiene hacia un estímulo particular del entorno[9]. Un segundo concepto utilizado es la percepción de salud, siendo ésta última un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante. Por último el concepto de retos en materia de salud, entendiendo al reto como un objetivo o empeño difícil de llevar a cabo y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta[10].

3.1.2. Educación y salud

En México la educación en un derecho que tienen todos los individuos como así lo refiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 3°. Reafirmándose lo último en la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave en su artículo 4°, donde se establece el fin primordial la formación integral del educando debe asegurarse de manera que éste participe de manera activa, estimulando su iniciativa, su sentido de responsabilidad individual, social y su espíritu creativo. Otro artículo, el 99 de esta ley fracción IV establece que son obligaciones de los padres de familia o tutores participar de acuerdo con los educadores, en el tratamiento de los problemas de conducta o aprendizaje que confronten sus hijos o pupilos.

A esto se agrega la Ley Estatal de Educación en su artículo 10, el cual afirma que todas las personas tienen derecho a recibir educación. El Estado y los municipios la impartirán en forma gratuita. La educación primaria y secundaria son obligatorias. El sistema educativo de Veracruz se integra por las instituciones del Estado, de los municipios o sus entidades descentralizadas, la Universidad Veracruzana y los particulares que impartan educación, en los términos que fije la ley.

Por otra parte, en el estado de Veracruz el Reglamento General de Enseñanza Media y La Ley Estatal del Servicio Civil y el Reglamento Interno de la Secretaria de Educación; son parte de la Normatividad (acuerdos) emitidos por el Poder Ejecutivo y la Secretaria de Educación de Veracruz; sin embargo no se da por sentado la prestación del servicio médico ni mucho menos la existencia de un consultorio escolar a pesar de que la NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar en su apartado 3.1.2 recomienda extender, a los alumnos del nivel medio superior, el fomento de la salud.

En nuestro país la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar, incluye la promoción y cuidado de la salud del escolar, dentro de los programas para lograr el acceso universal a los servicios con equidad y calidad, a través de la participación de todas las instituciones de salud públicas y privadas y del trabajo compartido con otros sectores, para alcanzar más y mejores resultados[11].

Esta Norma es aplicable en todos los establecimientos de los sectores público, social y privado de atención a la salud, que desarrollen y ejecuten acciones para

el fomento de la salud de los educandos del nivel de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional[9].

Las acciones para el fomento de la salud del escolar son:

a) Acciones básicas: educación para la salud, prevención, detección de factores de riesgo protección específica, saneamiento del medio, detección precoz del daño, atención al daño, rehabilitación.
b) Acciones de apoyo: planeación, capacitación, comunicación educativa.
c) Acciones de participación social: promoción, organización.

3.1.3. Adolescencia

La investigación realizada se desarrolló a nivel bachillerato donde la población se encuentra entre los 15 a 19 años de edad, etapa llamada adolescencia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual. Esta etapa inicia aproximadamente entre los diez a doce años culminando hasta los veinte[12].

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual el período de transición puede llevar a conductas de riesgo a su salud, y al padecimiento de enfermedades como la depresión definida por la psicología como estados de ánimo de tristeza o melancolía acompañados de pérdida de interés por las cosas en general (todas las actividades que configuran en la vida). Se trata de una emoción negativa que invade a las personas que la sufren y que les impide disfrutar la vida. Se refiere a un trastorno afectivo que implica factores orgánicos, motores, emocionales, cognitivos y sociales[13].

Maddaleno por su parte refiere a esta etapa de la vida como el resultado de la interacción de los procesos de desarrollo biológico, mental y social de las personas y de las tendencias socioeconómicas y las influencias culturales específicas[14].

La Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión define a la depresión como un trastorno caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día[15].

3.2. Argumentación empírica

En el año 2001, se constituyó la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud, integrado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, OPS, UNICEF, Pathfinder International, Plan Internacional,Universidad Peruana Cayetano Heredia, Save The Children Canada, Kallpa, Acción por los Niños, PROMUDEH, Instituto de Educación y Salud y UNFPA.

El Programa de Promoción de la Salud en las instituciones educativas se crea en el marco del citado convenio, con el objetivo de contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa a través del fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las Instituciones Educativas[3].

A nivel mundial se han realizado diversos trabajos sobre la salud de los adolescentes y los factores de riesgo que determinan el desarrollo de alguna patología o de prácticas de riesgo que influyen en su salud. En España Hernán García y colaboradores hacen una revisión de los trabajos publicados sobre la promoción de la salud en jóvenes españoles, observando que las intervenciones realizadas entre los adolescentes es escasa y concluyendo que hacen falta políticas de salud dirigida a este sector de la población[4].

En Latinoamérica estudios realizados en Venezuela por la Sociedad Venezolana de Medicina Interna desde 1996, cuyos objetivos primordiales han sido conocer las características de vida de los adolescentes que pudieran relacionarse con discapacidades en cualquier área de la salud en la actualidad o en el futuro, han sido de gran utilidad para incluir en la historia clínica diaria de manera permanente áreas de orientación para los adolescentes y sus padres[16].

En México existen diversos estudios relacionados con adolescentes como el de Carreón[17] y colaboradores sobre factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes, otro como el de Ortiz y colaboradores sobre Tendencias y usos de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México, Sistema de reporte de información en drogas[18], pero no hay estudios relacionados con diagnósticos de salud en adolescentes y en planteles educativos.

Durante la adolescencia la crisis del crecimiento con sus momentos de indefinición, confusión y cambios corporales, propician nuevas actitudes y conductas

que en muchas ocasiones resultan problemáticas. Al respecto, los estudios de Newcomb según Gutiérrez y colaboradores, identificaron un síndrome que incluye una serie de conductas problemáticas tales como las relaciones sexuales precoces, los problemas académicos, la agresión, los problemas familiares, las conductas delictivas y las anomalías de la alimentación, así como el consumo de drogas[19].

Los problemas de salud se han incrementado drásticamente en las últimas décadas; niños y adolescentes constituyen un grupo que vive en condiciones o circunstancias difíciles que los ponen en riesgo de ser afectados por algún trastorno que contribuyen a la carga global de enfermedades y discapacidades. La depresión, los intentos suicidas y la ansiedad, se encuentran entre los trastornos más frecuentes según la encuesta nacional de adicciones en 1998[20].

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4 por ciento de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. A pesar de esta evidencia sobre la magnitud de los problemas en México, la salud mental es una de las áreas en las que existen importantes desigualdades en cuanto a la disponibilidad y acceso de los servicios[21].

Particularmente importante es estudiar el estado de salud-enfermedad en los adolescentes y de acuerdo a la ENEP la depresión en la infancia y la adolescencia por el sufrimiento que representa para los jóvenes, así como por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa en la que se define la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico[21].

En este sentido Leyva-Jiménez y colaboradores realizaron un estudio sobre la depresión en adolescentes y el funcionamiento familiar concluyendo que esta enfermedad indica que en nuestro país puede llegar a ser un problema de salud pública que se debe enfrentar; por otro lado recomienda el diagnóstico precoz en las unidades de primer nivel de atención para que los adolescentes reciban un tratamiento oportuno[22].

Otro estudio al mismo respecto de Vázquez-Pizaña y colaboradores sobre diagnóstico de depresión con la escala de Birleson (Anexo 22) en adolescentes con intento de suicidios y sanos, donde se encontró que la desintegración familiar era un factor de riesgo importante para depresión en los adolescentes, y refiere la importancia de diagnosticar este tipo de padecimiento debido al aumento de la prevalencia lo cual debiera considerarse como un problema de salud pública y no como una cuestión específicamente individual[23].

Respecto al Estado de Veracruz, los trastornos depresivos ocupan el tercer lugar en demanda de consulta externa en La Unidad Hospitalaria de Salud Mental de Xalapa y del Hospital Psiquiátrico de Orizaba, según los datos de Servicios de Salud del Veracruz (SESVER). Con respecto a lo anterior en el Estado se establece el Centro Estatal de Capacitación en Salud Mental en el primer nivel de atención a partir del mes de mayo de 2001, iniciándose las actividades de capacitación con dos equipos de salud; uno del Centro de Salud Gastón Melo y el otro en el Centro de Salud Dr. José A. Maraboto, para que apoyaran en las prácticas en este nivel de atención. Logrando con ello iniciar las actividades de prevención y promoción de la Salud Mental así como la mejora de la atención en dichas unidades[24].

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa los límites de la adolescencia entre las edades de 10 a 19 años. En esta etapa cronológica se observan cambios biológicos, sociales y psicológicos que caracterizan a este período de transición. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud destaca el papel de la promoción de la salud integral del adolescente en el contexto del desarrollo de la familia y de la comunidad, siendo estos los elementos sobre los que se basa el avance en el desarrollo social, político y económico de un país[25]. Por lo anterior la atención de las y los adolescentes debe encararse desde una perspectiva preventiva, para la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad que participe en el cuidado de su salud[2.]

En noviembre de 1995, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia convocaron conjuntamente un Grupo de Estudio sobre "Programación para la salud de los adolescentes". Sobre la base de la experiencia actual, especialmente en los países en desarrollo, el Grupo de Estudio examinó los datos científicos sobre la eficacia de intervenciones clave a favor de la salud de los adolescentes; resaltó los factores y estrategias necesarios para establecer, aplicar y mantener programas de salud de los adolescentes; desarrolló un marco para la programación para la salud de los adolescentes en los países; recomendó actividades prioritarias para acelerar y fortalecer dicha programación, inclusive el apoyo mundial y regional necesario para la programación a nivel de país[5,25].

El desarrollo sano de los adolescentes depende de muchos factores relacionados entre sí como: las condiciones de vida, que aportan oportunidades para el desarrollo físico, mental y social, las formas en que los adolescentes dan respuesta a los retos que entraña el crecimiento, y el acceso a un servicio sanitario en la comunidad.

La descripción de la demanda por servicios médicos nos traza un panorama sobre los problemas que más frecuentemente enfrenta el grupo poblacional de adolescentes: eventos relacionados con el inicio de la actividad sexual, salud sexual, el VIH/SIDA, embarazo no deseado, accidentes, traumatismos y envenenamientos, cáncer, problemas relacionados con la nutrición, trastornos mentales y emocionales, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción[26].

En Latinoamérica, diversos han sido los organismos que han propuesto programas para adolescentes, uno de ellos es la estrategia IMAN (Integración del Manejo de los Adolescentes y sus Necesidades) el cual está inscrito dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y del Plan de Acción de Salud de Adolescentes OPS/OMS[27].

En México en 1994 surge el "Programa Nacional de Adolescentes" con énfasis en salud sexual y reproductiva, y acciones contra adicciones y abuso de sustancias tóxicas. En 1997 el programa IMSS-Oportunidades introduce el MAISAR (Modelo Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural), con el fin de reducir la brecha de atención de los adolescentes en zonas rurales, los servicios que ofrece dicho programa son: identificación de necesidades, consejería, información y educación para la salud y el auto cuidado; por último en el año 2000 se forma el PAASA (Programa de Acción para la Atención de la Salud de las y los Adolescentes)[2] por la Secretaria de Salud y a partir del 2004 todos los servidores públicos y funcionarios responsables de programas de juventud a nivel estatal y municipal, fortalecen vínculos interinstitucionales en las áreas normativas federales y estatales como la Secretaría de Salud, para la atención integral de este grupo de edad[7].

A partir del 2004 se estableció en México la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, la cual, en los centros de salud de todo el país, se ofrecen acciones de salud para los adolescentes de 10-19 años independientemente del motivo de atención[28].

Las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de la Juventud demuestran que para el adecuado desarrollo biopsicosocial del individuo es necesario que éste lleve a cabo una dieta balanceada, así como revisiones médicas frecuentes para prevenir o detectar tempranamente posibles déficits nutricionales. También se resalta la importancia que tiene la práctica cotidiana del ejercicio físico para lograr una situación integral de salud y bienestar tanto a nivel individual como social[29].

La elaboración de un diagnóstico de salud que permita implementar iniciativas de promoción de salud en el ámbito escolar permitirá detectar y ofrecer una intervención oportuna, evitando que siga incrementándose el número de adolescentes que sufran de enfermedades como depresión, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de la alimentación, alcoholismo, drogadicción, adicciones, tensiones, prevención de accidentes, lesiones físicas, entre otras, que en general afectan a los jóvenes mexicanos y en particular a los adolescentes, y que son consecuencias de malos hábitos alimenticios, soledad, acceso a oportunidades, problemas en la familia o en la comunidad, y desempleo[29].

El desarrollo de las acciones a partir del Programa de Acción "Educación Saludable"[27] en las escuelas así como en los centros deportivos y en la red de unidades de salud, siendo importante la coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales para incrementar el uso de los servicios de salud y la eficiencia en la aplicación de los programas; coordinaciones difíciles de efectuar ante la ausencia de un marco normativo que homogenice las intervenciones y regule la participación activa de los jóvenes, pero la culminación de concertaciones sólidas permitirá potencializar la aplicación de servicios, incrementando el beneficio de los

recursos que se invierten en los programas por separado, hasta este momento.

A pesar de la existencia de programas de salud enfocados a la atención del adolescente en México es evidente el vacío de información sobre este grupo etareo en cuanto a sus condiciones de salud y estilos de vida[3,4] en el ámbito escolar; ante la inexistencia de un diagnóstico de salud en la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón" de la ciudad de Xalapa, Veracruz, el presente trabajo pretende elaborar el diagnóstico de salud estudiantil para conocer el estado actual de la misma en los adolescentes de dicha escuela.

4.1. Justificación

El presente trabajo pretende obtener un panorama general sobre el proceso salud-enfermedad de los adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón", e identificar los factores de riesgo que interfieren en la salud de éste grupo etareo.

Los problemas de salud en los adolescentes han sido poco investigados en nuestro país, y por ende en el estado de Veracruz; en México de 5,240 publicaciones analizadas entre 1995 y 2000 de las 35 principales revistas mexicanas sólo 2.3 por ciento de éstas estuvieron dedicadas a la adolescencia, pobre el porcentaje si consideramos que los y las adolescentes forman más de un quinto de la población de México, pero quizá explicada por su mortalidad, que se ubica en el penúltimo lugar por grupos de edad[4,16].

Debido a que es la primera vez que se realiza un diagnóstico de salud dentro de la institución educativa como lo es la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" con el siguiente trabajo se pretende analizar el estado de salud-enfermedad de los adolescentes y sus familiares, y en algún momento dado con los resultados de este diagnóstico se podrán sugerir medidas de intervención para la detección oportuna de factores de riesgo que afecten la salud de este grupo etareo, además se espera contribuir con la investigación a la escasa información que existe en este contexto e inferir mucho más sobre los diagnósticos de salud en instituciones educativas.

Al final se obtendrán resultados en este grupo etareo lo que nos permitirá realizar sugerencias sobre medidas de intervención para detección oportuna de factores de riesgo que afecten su salud, además de esperar que existe continuidad en la investigación sobre la salud de los adolescentes en instituciones educativas.

4.2. Escenario del diagnóstico

De acuerdo a lo anterior se realizará un diagnóstico en la escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón, perteneciente a la Secretaria de Educación de Veracruz ubicada en la calle Insurgentes No. 49 colonia Centro con sede en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Esta institución brinda atención a 542 estudiantes de educación media superior turno matutino. Cuenta en este periodo agosto 2007-febrero 2008 con tres semestres nones.

La institución atiende a adolescentes pertenecientes al área urbana de Xalapa, municipios aledaños tales como: Banderilla, Coatepec, las Trancas, Emiliano Zapata, Tlalnehuayocan, Cerro Colorado, Xilotepec y localidades como lo es Zoncuantla.

Dentro de la institución (turno matutino) se cuenta con un consultorio médico que es empleado algunas veces para guardar instrumento y equipo de paramédicos del área de biológicas. Existe un médico que oficialmente presta los servicios de atención médica; y otro medico que auxilia en caso de emergencia. Ambos médicos tienen carga académica.

4.3. Pregunta de investigación

4.3.1. Cuantitativa

¿Cuál es el estado de salud-enfermedad y factores de riesgo presentes en las familias y adolescentes de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón" ?

4.3.2. Cualitativa

Para el usuario:
¿Cuál es el valor que le da la población adolescente de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" a su salud?

Para el prestador de servicios de salud:
¿Cuáles son los problemas que perciben el médico escolar acerca de la salud de los adolescentes en la escuela de bachilleres Ricardo Flores Magón?

Para el directivo de la institución:
¿Cuáles son los retos que en términos de salud de los estudiantes tiene que resolver la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón"?

5. OBJETIVOS

5.1. General

Conocer el estado de salud-enfermedad y factores de riesgo de las familias y adolescentes de la escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón así como comprender el valor que le dan los adolescentes a su salud, la percepción del prestador de servicios de salud acerca de la salud de los adolescentes y los retos que en términos de salud tienen que resolver los directivos de la Institución.

5.2. Específicos

5.2.1. Cuantitativos

Reconocer los daños a la salud que predominan en las familias y adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón".

Identificar los factores de riesgo de las enfermedades priorizadas en las familias y adolescentes de la institución.

Determinar la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en los adolescentes del bachillerato.
Analizar los recursos para la salud relacionados con los daños y los factores de riesgo en las familias y adolescentes del plantel educativo.

Proponer recomendaciones en torno a los daños priorizados y los factores de riesgo que las determinan.

6. METODOLOGÍA

6.1. Abordaje cuantitativo

6.1.1. Tipo de estudio y diseño

La investigación dentro del componente cuantitativo se realizó para conocer el estado de salud-enfermedad de los alumnos y sus familias. Además sirvió para explorar depresión en los alumnos.

En lo que se refiere al diagnóstico de salud aplicado a las familias y al cuestionario sobre depresión aplicado a los adolescentes, fue de tipo observacional-comparativo, ya que no se manipularon las variables en ninguno de los casos.

De tipo transversal debido a que se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento, es decir, se realizó un corte en el tiempo cuando se aplicaron los instrumentos en la institución.

6.1.2. Descripción del universo y muestra

El universo de trabajo fueron todos los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón". La unidad de muestreo para el diagnóstico de salud fueron las familias y adolescentes. El tamaño de la muestra fue de 226 familias para el diagnóstico de salud y 226 alumnos para el cuestionario de depresión.

El diseño de muestreo fue probabilístico, de tipo aleatorio simple donde identificamos a nuestra población de estudio, se obtuvo una lista de todos los alumnos de la institución por semestre escolar y se determinó el número que incluiría la muestra. Posteriormente en el programa Excel se realizó la determinación de los 226 números que correspondieron a los alumnos y familias que fueron objeto de estudio.

El cálculo de la muestra se realizó con la siguiente ecuación:

$$n_0 = \frac{Z^2 P (1-P)}{d^2}$$

Se utilizó la siguiente ecuación para ajustar el tamaño de muestra:

$$n = \frac{n_0}{1 + n_0}$$

Donde: N

	Significado	Valor
N	Universo de trabajo o tamaño de la población	542 alumnos
n_0	tamaño de la muestra sin ajustes	384 alumnos
n	tamaño de la muestra final	226 alumnos
p	proporción = 0.5	0.5 por no contar con estudio previo
d	precisión o error	
v	Variabilidad estimada	
z	nivel de confianza 1.96 para 95%	1.96

6.1.3. Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de inclusión: familias y adolescentes de la escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón" turno matutino.

Criterios de exclusión: familias y adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" turno matutino que fueron seleccionados en la muestra pero que no desearon contestar los cuestionarios correspondientes.

Criterios de eliminación: aquellos cuestionarios que no fueron contestados de manera correcta por las familias y adolescentes de la institución.

6.1.4. Priorización de daños

6.1.4.1. Aspectos básicos

La priorización de daños a la salud resultó de la identificación de los problemas y las necesidades prevalentes en una comunidad en una etapa esencial. Para tener una mejor apreciación del problema se realizó el análisis de cada uno de los elementos problemáticos. Este análisis está indicado con el objetivo de determinar prioridades y de la programación para un problema de salud determinado así como para optimizar los recursos (tiempo y recursos financieros)[62].

6.1.4.2. Criterios de priorización

Para realizar la priorización de daños a la salud se tomaron los siguientes criterios para investigar: magnitud, trascendencia y vulnerabilidad; mientras que para plantear alternativas de solución se tomaron en cuenta la factibilidad y viabilidad.

Criterios para investigar

Magnitud: número de casos que se presentan por evento. Se mide por medio de las tasas específicas de morbilidad y/o mortalidad por grupo etario.

Trascendencia: resulta del impacto que un evento de morbilidad y/o mortalidad en una población en un momento determinado; se utiliza como indicador de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP).

Vulnerabilidad: se determina a partir de las tasas de mortalidad específicas observadas en un grupo etario, donde se calcula la razón estandarizada de mortalidad (REM).

Criterios para plantear alternativas

Se determinan de acuerdo a los resultados de la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, además de:

Factibilidad: disponibilidad tecnológica y voluntad política reflejada en el presupuesto, es decir la posibilidad que tienen los servicios de salud para controlar los daños.

Viabilidad: marcada por el mercadeo social, que es la aceptación social para las propuestas de salud.

6.1.4.3. Proceso de priorización y resultados

La priorización de daños para este estudio se realizó con base en las tasas específicas de morbilidad y mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años en el municipio de Xalapa, debido a que por ser una institución educativa no cuenta con una base de datos sobre la morbi- mortalidad de la comunidad estudiantil.

El primer paso fue acudir a la jurisdicción sanitaria no. V de los Servicios de Salud de Veracruz y en el departamento de Epidemiología y Estadística se solicitaron los datos de morbilidad y mortalidad correspondientes a este grupo etario durante el 2006.

Para la obtención de datos de morbilidad se obtuvo la incidencia en el municipio de Xalapa en el año 2006, se tomaron las 10 primeras causas de enfermedad una vez priorizadas de acuerdo a su magnitud. No se calcularon la trascendencia y vulnerabilidad debido a que no se reportaron defunciones por las mismas causas de morbilidad en dicho grupo etario, sin embargo, para realizar el ejercicio y obtener datos de la institución acudimos a una base de datos en la dirección escolar sobre justificantes médicos de los adolescentes a partir de inicio de agosto del 2006, donde se priorizaron los daños de acuerdo a su magnitud como muestra la siguiente tabla:

Tabla 1. Incidencia de EZnfermedades en adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Enfermedad	Número	Tasa Incidencia
Infecciones intestinales por otros micoorganismos y las mal definidas	20	3.69
Infecciones respiratorias agudas 000-J01	17	3.13
Otitis Media Aguda OH651	2	0.3
Conjuntivitis H10.O	2	0.3
Dengue clásico	2	0.3
Gingivitis y enfermedad periodontal	1	0.2
Infección de vías urinarias N30	1	0.2
Varicela B01	1	0.2
Accidentes de transporte	1	0.2
Actos violentos	1	0.2
Taquicardia en estudio	1	0.2
Total	49	9.04
Tasa por 100 cada alumnos		
Población total de alumnos 542		

Fuente: Registro de justificantes médico de la Escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" octubre 2007.

Debido a lo anterior los datos de mortalidad solamente se obtuvieron de acuerdo a su magnitud y se ordenaron las 10 primeras causas de muerte en adolescentes de 15 a 19 años del municipio de Xalapa durante el año 2006.

El trabajo de investigación se realizó en una institución educativa, por este motivo, se realizó la priorización de datos a través de la morbilidad sentida.

La morbilidad interna o sentida se entiende como la percepción de un individuo o grupo de personas sobre los problemas de salud que frecuentemente se presentan en su comunidad.

Por lo tanto, se entrevistaron a directivos y profesores de diversos semestres, los cuales manifestaron enfrentar problemas de salud relacionados con depresión entre los alumnos de la escuela.

Otro actor al que también se entrevistó fue al médico escolar quien precisó que en los últimos periodos escolares los daños a la salud de los alumnos se debieron a depresión, trastornos de la alimentación y enfermedades derivadas de prácticas sexuales de riesgo.
Por lo anterior se le dio especial valor a la morbilidad interna o sentida donde se le da una denotación importante a la depresión como el padecimiento que con mayor frecuencia se han observado en la población escolar de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón".

La depresión está poco investigada en nuestro país y es un problema de salud pública que se reconoce cada vez más en la población adolescente y que influye directamente en la calidad de vida adulta, por lo que el equipo concluyó ser de suma importancia priorizar esta patología[30].

6.1.5. Variables e indicadores para el análisis

- 6.1.5.1. Demográfico (Anexo 1)
- 6.1.5.2. Epidemiológico (Anexo 2)
- 6.1.5.3. Priorización de daños (Anexos 3)
- 6.1.5.4. Factores de riesgo para los daños priorizados (Anexos 4,5,6,7)

6.1.6. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

La técnica empleada para la recolección de la información cuantitativa fue la encuesta (Anexo 24).

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue el cuestionario que consistió en una serie de preguntas elaboradas por cada equipo de los estudiantes de la maestría. Las preguntas que contenía el cuestionario se realizaron con el fin de conocer los factores de riesgo para daños a la salud que derivaron a partir de la priorización de daños en cada una de las instituciones en las que se realizaron prácticas de campo.

Una vez que el cuestionario estuvo elaborado se gestionó en la dirección de la escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón" la autorización para la realización del diagnóstico de salud, se les explicó a las autoridades del plantel sobre la importancia de hacer una investigación de este tipo, y se pidió el apoyo a la dirección escolar para la aplicación de los cuestionarios a los alumnos y sus familias.

6.1.7 Mecanismos y técnicas empleadas para la recolección de la información

La recolección de la información cuantitativa se hizo por medio de dos cuestionarios constituidos por apartados que fueron realizados por los alumnos del Instituto de Salud Pública. El primer cuestionario aplicado a los padres de familia, se realizó antes del término del semestre escolar.

El segundo cuestionario fue el correspondiente a depresión el cual se aplicó a los adolescentes seleccionados en la muestra. Por lo cual se acudió a los trece salones que hay en la institución donde se informó a los adolescentes sobre

el motivo de la investigación y para solicitar su colaboración, al mismo tiempo se entregó un citatorio elaborado por la dirección de la escuela que sirvió de consentimiento informado. Así mismo se les informó a los alumnos el día, lugar y hora correspondiente para la aplicación del instrumento.

6.1.8. Instrumentos utilizados para la recolección de la información

Los apartados del primer cuestionario están constituidos por las siguientes secciones:

Tabla 2. Instrumento. Diagnóstico De Salud Escuela De Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Preguntas Cuestionario	Secciones	Temáticas
Carátula	Datos de identificación	Domicilio, tipo de localidad, resultado de la encuesta, asistencia a servicios de salud
1-11 Opción múltiple	Características demográficas	Número de habitantes, nacimientos, sexo, edad, derechohabiencia, opinión del servicio, antecedentes heredofamiliares.
12-18	Mayores de 12 años	Actividad económica, alfabetismo, tabaquismo.
19-29	Mayores de 12 años	Alcoholismo
30-32	Mayores de 12 años	Ejercicio físico
33-42	Defunciones	Causa de muerte, obesidad, alcoholismo, tabaquismo.
43-62	Características de la vivienda	Material de construcción, servicios, hacinamiento, bienes.
63-81	Menores de 5 años	IRA´s, EDA´s, desnutrición
82-85	Adulto mayor	IRA´s, asistencia a servicios de salud, enfermedades crónicas
86-95	Diabetes	Apego al tratamiento, asistencia a servicio médico, complicaciones, defunciones.
96-105	Hipertensión arterial	Tiempo de evolución, tratamiento, asistencia a servicios de salud, complicaciones, defunciones, antecedentes familiares, ejercicio.
107-118	Infarto agudo de miocardio (morbilidad)	Antecedente de infarto, tabaquismo, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia
119-125	Cirrosis (mortaidad)	Tipo, dereechohabiencia, alcoholismo, antecedente transfusionales.
126-134	Infección de vías urinarias	Sintomatología, inmunodeficiencia, hábitos higiénicos, alimentación, uso de preservativo.
135-145	Accidentados	Presencia de accidentes, secuelas, edad, uso de cinturón de seguridad, exceso de velocidad, alcoholismo, mantenimiento del vehículo, día de ocurrencia.
146-151	Mayores de 16 años	Conductores de vehículo, uso de cinturón de seguridad, exceso de velocidad, alcoholismo, tipo de vehículo y mantenimiento.

El cuestionario aplicado a los adolescentes constó de los siguientes apartados que a continuación se muestran en la tabla 3:

Tabla 3. Instrumento. Depresión para adolescentes de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Preguntas Cuestionario	Secciones	Temáticas
Carátula	Datos de identificación	Domicilio, tipo de localidad, edad, semestre escolar
1-18	Depresión	Escala de Birleson
19-23	Función familiar	Escala de Apgar familiar
24-30	Depresión	Antecedentes heredofamiliares de depresión, relación con compañeros de escuela, satisfacción de logros escolares, estado civil de los padres, defunción de algún ser querido en el último año, pérdida de alguna relación importante para el adolescente en el último año.

6.1.9. Validación de los instrumentos

La validación del cuestionario para los padres de familia se presentó durante las sesiones de asesoría de Salud Pública I, donde los asesores internos hicieron a los equipos las observaciones y correcciones pertinentes a las preguntas elaboradas por ellos.

Las correcciones que se hicieron fueron de todos los apartados, se observaron factores de riesgo que se encontraban mal planteados o que se consideraron difíciles de medir, otro punto a debatir fue la estructura del mismo ya que se consideró largo y confuso en ocasiones. Algunas de las variables corregidas fueron las de tabaquismo donde sólo se había preguntado si fumaba y no se tomaba en cuenta si había sido fumador, la frecuencia de cigarros que consumía y la frecuencia con la que fumaba. Otras variables donde se hicieron varias observaciones correspondieron al apartado de sedentarismo donde se concluyó que el encuestado daría una percepción sobre la imagen corporal de él y sus familiares y que esto sería poco confiable. Las preguntas sobre enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas se corrigieron ya que había una pregunta errónea sobre si el menor tenía inmunización contra VIH. Igualmente el resto de los apartados se revisaron y corrigieron para dejar un instrumento mejor redactado y con variables que tuvieran mayor significado para explicarlas posteriormente.

En lo que respecta al cuestionario de los adolescentes para depresión las observaciones y correcciones correspondientes se realizaron por los asesores del equipo y durante las asesorías grupales, en este instrumento no se tuvo mayor inconveniente debido a que la escala de Birleson (Anexo 8) para depresión en adolescentes ya se encuentra validada al igual que la escala de Apgar familiar (Anexo 9) para función familiar, el resto de los factores de riesgo para éste daño se estableció conjuntamente con los asesores del módulo de Salud Pública y el equipo.

La escala de Birleson para el diagnóstico de depresión se utilizó en su versión al español, es un instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos que tienen calificación de 0 a 2, siendo 36 la máxima. Los reactivos 1, 5 a 9, 11 a 13, 16 se califican de 0 a 2 (0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y los reactivos 2 a 4, 10, 14 a 15, 17 a 18, de 2 a 0 (2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). El valor alfa de Cronbach de este instrumento es de 0.85 y como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 87 por ciento y una especificidad de 74 por ciento cuando el punto de corte es 14.17 De acuerdo con esta escala se obtienen dos clasificaciones:

– Adolescentes sin depresión: puntuaciones de 0 a 13
– Adolescentes con depresión: puntuaciones de 14 a 36 (Anexo 10)

La escala de Apgar familiar[34,35] consiste en un test que mide la función familiar con su puntuación global y puntuación por separado de cada una de sus cinco variables y que corresponden a aspectos diferentes de la dinámica familiar. Las variables se definen de la siguiente forma:
Variable A: Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa.
Variable B: Estoy satisfecho con el modo en que mi familia discute cuestiones de interés común y comparte conmigo la resolución de los problemas.
Variable C: Encuentro que mi familia acepta mis deseos de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en mi estilo de vida.
Variable D: Estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa su afecto y responde a mis sentimientos de ira, tristeza y amor.
Variable E: Estoy satisfecho con la manera en que mi familia y yo compartimos el tiempo juntos.

Se considera que la familia es funcional con resultados totales de 7-10 puntos; se piensa que es moderadamente disfuncional con 4-6 puntos; y que la familia es muy disfuncional con 0-3 puntos.

6.1.10. Resultados de la prueba piloto

Realizadas las correcciones pertinentes al instrumento, la prueba piloto se realizó en la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" el viernes 7 de diciembre del año en curso. Se seleccionaron a 10 padres de familia que acudieron a la escuela por la boleta de calificaciones de sus hijos. Se facilitó un espacio para la prueba piloto y además se contó con el apoyo del asesor externo.

Se les explicó que se trataba de una prueba piloto, se les dio instrucciones y el quipo de trabajo estuvo pendiente de comentarios y dudas surgidas durante la aplicación del instrumento. El tiempo de aplicación fue de aproximadamente 3 horas en total y en promedio cada padre de familia se tardó 20 minutos en contestarlo. Posteriormente se acudió con sus hijos para aplicarles el instrumento piloto sobre depresión, el cual fue contestado en 1 hora y en promedio 15 minutos por cada adolescente.

Los comentarios de los padres de familia sobre el instrumento fueron hacia preguntas mal realizadas o mal redactadas, así como la mención de ser demasiadas preguntas y haber cuestionamientos confusos; los adolescentes por su parte comentaron que estaba muy sencillo de comprender y de contestar el cuestionario aplicado.

En general durante la aplicación del piloto no se presentó ningún contratiempo.

6.2. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.2.1. Procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Los datos recolectados a través de los cuestionarios aplicados se organizaron y se clasificaron ordenadamente para tener un mejor análisis de la información obtenida. Se realizó una base de datos en el programa SPSS (Social Package for the Social Sciences) versión 12, a partir del cuestionario que se aplicó a la muestra de estudio.

Este programa permite precisar algunas características de las variables para facilitar el análisis y procesamiento de las mismas, por tanto se procedió a la codificación de las mismas de acuerdo a su nivel o escala de medición por lo que para las cualitativas se usaron escalas nominales y ordinales, en cambio para las cuantitativas fueron discretas y/o continuas.

Se realizaron dos bases de datos una a partir de los cuestionarios aplicados a los padres de familia y otra de acuerdo al aplicado a los adolescentes. La base incluía todos los apartados de los cuestionarios, después de la captura se hizo la validación, lo anterior consistió en analizar cada uno de los apartados de los cuestionarios, se buscó que el número de cuestionarios aplicados y el número de personas que fueron investigadas coincidiera en apartados relacionados además de la relación entre algunas variables, al validar la captura se comenzó con la medición de los indicadores correspondientes a cada apartado.

6.2.2. Indicadores utilizados para la descripción

Los indicadores que se utilizaron para la descripción del diagnóstico de salud de la escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón " fueron los siguientes:

a) Características socio-demográficas

Distribución por edad en grupos quinquenales y por sexo.
Razón hombre mujer.
Distribución por lugar de residencia.
Distribución por nivel de escolaridad (≥ 12 años).
Distribución por condición de actividad económica (≥ 12 años).
Proporción de población analfabeta por sexo (≥ 15 años).
Distribución del nivel económico familiar.
Frecuencia de hacinamiento.

b) Identificación de los daños

Morbilidad
Incidencia acumulada[a] de:
Infección respiratoria aguda en el adulto mayor durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general y por sexo.

Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general y por grupos de edad de interés epidemiológico[b].

Accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos > 16 años durante los últimos 8 años: incidencia acumulada general, por sexo y por grupos de edad de interés epidemiológico.

Las tasas de mortalidad, fecundidad, defunción, no se realizaron en nuestra población estudiantil debido a que no aplican dentro de nuestra población de estudio. La incidencia por infarto agudo al miocardio tampoco aplicó en nuestro estudio debido a que no se presentó ningún caso.

Prevalencia[c] (al momento de la entrevista) de:

Hipertensión arterial sistémica: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

Diabetes mellitus: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

Tabaquismo: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

Depresión en población de estudiantes: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

La prevalencia para alcoholismo no se pudo determinar ya que no se reportó ningún caso.

---

[a] *Incidencia acumulada: Casos nuevos de enfermedad acumulados en un período determinado de tiempo dividido por la población en riesgo.*

[b] *Los grupos de edad de interés epidemiológico son < 1 año, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-44, 45-49, 50-59, 60-64, ≥65 años.*

[c] *Prevalencia: Casos existentes de enfermedad en un momento determinado del tiempo dividido por la población en riesgo.*

Las 10 principales causas de mortalidad tampoco se calcularán en el estudio ya que no contamos con datos de defunciones en la muestra investigada.

Evaluación de factores de riesgo
Factores de riesgo para enfermar

• Daño: Infección respiratoria aguda en el adulto mayor (sujetos ≥ 60 años).
Posibles factores de riesgo:

Con exposición a humo de tabaco Vs. sin exposición a humo de tabaco.
Esquema incompleto de anti-influenza Vs. esquema completo de anti- influenza.
Esquema incompleto de anti-neumocóccica Vs. esquema completo de anti-neumocóccica.
Con diabetes Vs. sin diabetes.
Con hipertensión Vs. sin hipertensión.
Nivel económico familiar bajo Vs. nivel económico familiar alto.
Nivel económico familiar bajo Vs. nivel económico familiar medio.

• Daño: Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años de edad.
Posibles factores de riesgo:

Con diabetes Vs. sin diabetes.
Con algún tipo de cáncer Vs. sin cáncer.
Con infección por VIH Vs. sin infección por VIH.
Con inmunosupresión Vs. sin inmunosupresión.
Usa baños públicos Vs. no usa baños públicos.
Ingiere menos de 2 litros de agua al día Vs. ingiere 2 litros o más de agua al día.
Consumo diario de refrescos Vs. sin consumo diario de refrescos.
Consumo diario de "alimentos chatarra" Vs. sin consumo diario de "alimentos chatarra".
No utiliza preservativo Vs. utiliza preservativo.
Sin baño diario Vs. con baño diario.
Con técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción Vs. con técnica adecuada de limpieza genital después de la micción.

• Daño: Enfermedad por hipertensión arterial sistémica.
Posibles factores de riesgo:

Edad ≥ 20 años Vs. < 20 años.
Sexo masculino Vs. femenino.
Tener familiar con hipertensión Vs. no tener familiar con hipertensión.
Obeso Vs. no obeso.
Con hipercolesterlemia Vs. sin hipercolesterolemia.
Con tabaquismo Vs. sin tabaquismo.
Con alcoholismo Vs. sin alcoholismo.
Realiza ejercicio físico cotidianamente Vs. no realiza ejercicio físico

• Daño: Enfermedad por diabetes mellitus tipo 2.
Posibles factores de riesgo:

Edad ≥ 40 años Vs. < 40 años.
Sexo masculino Vs. femenino.
Tener familiar diabético Vs. no tener familiar con diabético.
Obeso Vs. no obeso.
Con alcoholismo Vs. sin alcoholismo.
Realiza ejercicio físico cotidianamente Vs. no realiza ejercicio físico.

• Daño: Depresión.
Posibles factores de riesgo:

Sexo femenino Vs. Masculino
Adolescentes con antecedente de al menos un caso de depresión en la familia Vs. adolescentes sin antecedente de depresión en la familia.
Adolescentes no aceptados u objeto de burla por los compañeros de la escuela Vs. adolescentes aceptados por los compañeros de la escuela.
Adolescentes insatisfechos con sus logros académicos Vs. adolescentes satisfechos con sus logros académicos.
Adolescentes con disfunción familiar (de acuerdo con la escala de Apgar) Vs. adolescentes con familia funcional (de acuerdo con la escala de Apgar).
Adolescentes con depresión (de acuerdo a la escala de Birleson) vs adolescentes sin depresión (de acuerdo a la escala de Birleson).
Padres divorciados o separados Vs. padres no divorciados o separados.
Adolescentes con antecedente de defunción de algún ser querido Vs. adolescentes sin antecedente de defunción de un ser querido.

Recursos, servicios y programas de salud

Distribución del tipo de derechohabiencia por edad y sexo.
Distribución por servicios de salud utilizados.
Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud.
Diabetes mellitus.
Proporción de pacientes diabéticos que reciben atención médica para su enfermedad.

Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica.
Hipertensión arterial.
Porcentaje de pacientes hipertensos que reciben atención médica para su enfermedad.
Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos a recibir atención médica.

5.2.3 Técnicas utilizadas para el análisis

Para el análisis cuantitativo se utilizaran técnicas estadísticas y técnicas epidemiológicas.

Los estimadores estadísticos que se usaron fueron:
Razón y proporción: estas medidas tienen en común la relación de dos números A y B, el uno como numerador y el otro como denominador de una fracción, en la forma de A/B. La diferencia entre estos conceptos resulta en el significado del numerador y del denominador y de las unidades de medida en relación con los eventos que representan A y B, según las variables de persona, de tiempo y lugar:

Si A no está contenida en B, se tiene una razón.

Si A está contenida en B, se tiene una proporción.

Tasas: es un tipo especial de medida en la que se establece una proporción con relación espacial y temporal. El denominador incluye una unidad de tiempo.

Frecuencias: se realiza al hacer recuento del número de observaciones en varias categorías o combinaciones de categorías de un evento, se puede expresar en forma de proporción la relación del número de elementos en cada categoría con respecto al total. El recuento en cada categoría se llama frecuencia absoluta y la relación con respecto al total se llama frecuencia relativa.

En lo que corresponde al análisis epidemiológico se hizo mediante el análisis de riesgo. La presencia de un factor de riesgo puede tener consecuencias como la aparición de una o más enfermedades en un periodo suficiente que permite la acción del factor. Lo que se pretenderá analizar en el diagnóstico de salud son los factores de riesgo asociados o independientes de las distintas patologías analizadas. El cálculo del riesgo en grupos poblacionales se realizó mediante el riesgo relativo. El riesgo relativo es una medida de asociación que indica la fuerza de asociación o relación entre un supuesto factor de riesgo y un efecto.

La razón o relación de riesgo o probabilidad de enfermar en el grupo expuesto se llama riesgo relativo. Mientras más alto sea el riesgo relativo mayor será la fuerza de asociación.

Cuando el riesgo relativo tenga valor de ›1 significa que el factor de riesgo puede estar implicado en estas circunstancias del estudio como responsable de la enfermedad, siendo esto un paso hacia el establecimiento de la causalidad de las enfermedades. Si es igual a 1 no significará riesgo a la enfermedad, en cambio, si esta relación es menor a 1, implicaría que el factor indagado puede ser protector[32].

Por último los casos de prevalencia se analizaron con la razón de momios que es el número de formas en que un evento puede ocurrir, comparado con el número de formas en que no puede ocurrir. Cuando la razón de momios tenga valor mayor de 1 significará que el factor de riesgo puede estar implicado en estas circunstancias del estudio como responsable de la enfermedad, siendo esto un paso hacia el establecimiento de la causalidad de las enfermedades. Si es igual a 1 significa que no tiene influencia en la enfermedad, en cambio, si esta relación es menor a 1, implicaría que el factor indagado puede ser protector[32].

6.3. Abordaje cualitativo

6.3.1. Tipo de estudio y diseño

Fue una investigación de tipo exploratoria, ya que las categorías mencionadas sobre depresión en adolescentes de bachillerato han sido poco exploradas y conocidas. Es de corte cualitativo ya que nos permitirá caracterizar desde los usuarios, prestadores del servicio médico y directivos el valor, la percepción y los restos de salud presentes en dicha institución[31].

Los datos se analizaron de manera interpretativa ya que se retomaron las palabras y conductas de los actores sociales para la descripción de los hechos. Fue de carácter inductivo ya que se construyeron conceptos y subconceptos alrededor de los cuales giró el análisis de los datos.

Por el nivel de profundidad el análisis fue descriptivo/ comprensivo ya que los datos nos permitieron identificar conceptos que apoyaron la explicitación de las interpretaciones que tienen los actores sociales con respecto al valor, percepción y retos de salud[32].

El diseño proyectado de la investigación se inició sobre la base de un grupo heterogéneo con tres tipos sociales (usuarios, prestadores del servicio médico y directivos) y sus respectivas variables discursivas. En relación con los atributos que se tomaron en cuenta fueron la pertenencia a la institución educativa.

De acuerdo a lo antes mencionado se eligió la entrevista focalizada. Para llevarla a cabo se diseñó una guía en la cual están determinados los puntos más importantes que detonaron el discurso en la persona entrevistada en las situaciones que interesaban[33].

En la tabla 4, se puede observar el diseño del estudio cualitativo, para el cual se empleó la entrevista focalizada como técnica de exploración, se realizaron dos eventos por cada tipo social perteneciente a la institución.

Tabla 4. Diseño de estudio cualitativo de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Tipos sociales participante	Variables discursivas	Técnica de exploración	Eventos	Lugar donde se realizó
Directivos:	Directivo 1 Directivo 2	Entrevista focalizada	2	Dirección de la escuela
Prestador de servicio:	Prestador de servicio médico 1 Prestador de servicio médico 2	Entrevista focalizada	2	Consultorio escolar
Usuarios:	Usuario 1 Usuario 2	Entrevista focalizada	2	Consultorio escolar

Escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" (diciembre 2007).

6.3.2. Descripción del universo y muestra

El universo para esta investigación fueron todos los alumnos, directivos y prestadores de servicio médico de la escuela Ricardo Flores Magón.

En el diseño inicial se utilizó el tipo de muestreo estratificado intencionado que consiste en tomar los casos agrupados según alguna característica, sólo que una vez escogidos los estratos, los casos no se seleccionan de forma aleatoria sino intencionada (2 directivos, 2 usuarios, 2 prestadores del servicio médico) lo que facilitó las comparaciones de las variables discursivas entre sí[35].

6.3.2.1. Definición de variables

Define los conceptos y subconceptos para el apartado cualitativo
Los conceptos principales con los que se trabajaron para el abordaje cualitativo fueron valor, percepción y retos, mismos que buscan responder a tres preguntas centrales de investigación.

Tabla 5. Conceptos y subconceptos para el estudio cualitativo de la Esc. de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Concepto	Definición Teórica	Subconcepto	Definición
Percepción: PE	Proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante[64].		

		Percepción de salud PEs	Todo lo que haga referencia a la percepción de la salud donde intervengan los sentidos y permita el desempeño satisfactorio del alumno en aspectos físicos, mentales y emocionales.
		Percepción de enfermedad PEe	Todo lo que haga referencia a la percepción del deterioro temporal o progresivo que desequilibre un estado de bienestar físico, mental y emocional.
		Percepción de depresión: PEd	Todo lo que haga referencia a la depresión como un estado emocional donde la personalidad y los sentimientos son abatidos por frustraciones experimentales del medio ambiente
Reto: RE	Objetivo o empeño difícil de llevar a cabo y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta[65].		
		Retos en educación REed	Todo lo que haga referencia a esfuerzos necesarios y/o urgentes en educación para el mejoramiento de la salud
		Retos en recursos humanos RErh	Todo lo que haga referencia a la capacitación o involucramiento de recursos humanos en la institución para superar desafíos en salud
		Retos económicos REe	Todo lo que haga referencia a necesidades económicas para lograr objetivos específicos en salud
Valor: VA	Un valor es la satisfacción anticipada que uno tiene hacia un estímulo particular del entorno (Vroom, 1964).		
		Valor positivo o existente VAsp	Todo lo que se refiera a la emisión de juicios valorativos positivos respecto a la salud que brinden satisfacción en la persona. Tales como la existencia de prácticas sociales que reflejen la salud es valorada y tomada en cuenta.
		Valor negativo o inexistente VAsn	Todo lo que se refiera a la emisión de juicios valorativos negativos respecto a la salud que no brinden satisfacción en la persona. Tales como la existencia de prácticas sociales que reflejen la salud no es valorada y no es tomada en cuenta.

6.3.3. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.3.3.1. Mecanismos y técnicas empleadas para la recolección de la información

La técnica empleada para la recolección de la información fue la entrevista focalizada, según Merton, Fiske y Kendall éste es un estilo de entrevista cualitativa dirigido a la obtención de las fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante algún suceso, trata a los entrevistados como sujetos cuya respuesta al suceso es el material a estudio, más que como informantes del suceso mismo[35].

La entrevista focal según Eduardo Valles es una entrevista directa en situaciones concretas. Se realiza dirigida a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente por haber tomado parte de la situación o experiencia definida. La entrevista focal reconstruye percepciones y conocimientos sobre un tema en particular[35].

El entrevistador de alguna manera conoce de antemano directa o indirectamente, esta situación con los elementos, procesos y estructura total de la misma y la ha analizado sistemáticamente. Con base en este análisis se elabora la guía de preguntas. Para el trabajo cualitativo en la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" esta técnica de entrevista es la de mayor utilidad para conocer la percepción del prestador de servicios de salud, usuarios y directivos sobre la percepción, valor y retos en términos de salud respectivamente.

El mecanismo empleado en la fase cualitativa fue la negociación de acceso, por lo que se acudió al médico escolar en primera instancia para solicitarle la entrevista a la cual accedió inmediatamente, después se acude a la dirección escolar en compañía del mismo para solicitar a la directora y subdirectora una cita para realizarles las entrevistas correspondientes para lo cual obtuvimos una respuesta afirmativa, durante la plática con la directora se le planteó la posibilidad de entrevistar a 2 alumnos de la institución para lo cual no puso ninguna objeción, por lo que se hizo la cita para las correspondientes entrevistas.

Se eligió este tipo de entrevista ya que los entrevistados estuvieron expuestos a una situación concreta (son usuarios del servicio médico, prestadores o directivos de dicha institución) y porque la entrevista se centra en las experiencias subjetivas de la gente expuesta a la situación con el propósito de contrastar las hipótesis y averiguar respuestas o efectos no anticipados, tiene un enfoque semidirigido, trata que la mayoría de las respuestas no sean forzadas y que sean concretas, por cuestiones de tiempo y atendiendo las necesidades de la investigación este tipo de entrevista fue la más pertinente para el estudio[35].

Se diseñaron tres guías de entrevistas las cuales se aplicaron a dos directivos de la institución, dos usuarios y dos prestadores de servicios médicos. Dichas guías se avocaron a obtener información sobre: En los Usuarios identificar el valor de la salud, en los Prestadores de servicios identificar percepción sobre el estado de salud de los estudiantes y retos de salud en los directivos.

Los tres integrantes del equipo estuvieron involucrados en las actividades, uno fue el entrevistador, otro el observador y el último funcionó como moderador durante las entrevistas.

6.3.3.2. Instrumentos utilizados en la recolección de la información

Para la recolección de información se realizaron tres guías de entrevista y una de observación (Anexo 11, 12, 13, 14), dichas guías buscaron responder las tres preguntas de investigación que se describen en el apartado anterior.

6.3.3.3. Validación de los instrumentos

La validación del diseño del instrumento en la parte cualitativa, se hizo durante las clases de Gestión del Conocimiento y asesorías grupales de la misma materia, lo anterior consistió en revisión de la guía de tema, de las preguntas, la redacción, y sobre el tema a abordar con los tipos sociales; una vez aceptada la guía de tema por los asesores de la materia se realizaron entrevistas piloto a un directivo de las institución, un prestador de servicio de salud y un usuario del servicio médico escolar.

Por otra parte, para validar los instrumentos con los que se recolectó la percepción de los prestadores de servicio, usuarios y directivos, se realizó de igual manera con los expertos en la realidad[34], es decir, con los actores sociales de la escuela de bachilleres a quienes se les aplicó la entrevista y una vez realizadas, se transcribieron y se contrastaron con la entrevista grabada.

6.3.3.4. Resultados de la prueba piloto

La prueba piloto se aplicó a una alumna de quinto semestre y a un prestador de servicios de la institución, en ambos casos las personas pidieron que su identidad se mantuviera anónima.

Sobre las preguntas realizadas se buscó que fueran congruentes con la guía de tema, otro punto a considerar fue la extensión de las respuestas, pues se trató que éstas además de manejar los conceptos a investigar fueran suficientes para su análisis. Una vez que las "guías tema" de las entrevistas fueron aprobadas por el asesor responsable del equipo de trabajo, en asesorías de la materia de Gestión del conocimiento I de la maestría en Salud Pública, se procedió a realizarlas.

Este grupo de investigación enfrentó varios problemas que no estuvieron contemplados desde el principio:

1. No se tomó en cuenta que el ciclo escolar de los alumnos es semestral, por lo que se tuvo que aplicar antes de las fechas programadas los instrumentos correspondientes.

2. La entrevista realizada al asesor escolar se realizó a pesar de que refirió no tener algún interés en ser entrevistado, y al momento de ejecutarla no se obtuvo correctamente

por defectos de origen técnico, por lo anterior, lo único que se transcribió fue lo que el observador captó en el momento de la entrevista y algunos fragmentos que se pudieron rescatar. Esta entrevista fue retomada recurriendo nuevamente al prestador de servicios médicos correspondiente y para fines de esta investigación accedió a concluirla, de acuerdo a la guía temática.

3. Dichos contratiempos fueron reportados a los asesores del módulo quienes comprendieron que los hechos estuvieron fuera de nuestras posibilidades para resolverlos.

6.3.4.Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información.

6.3.4.1. Procedimientos empleados para el procesamiento de la información

El procedimiento para el análisis, comprensión e interpretación se llevó a cabo en dos niveles de profundidad que consistieron en la reproducción fiel y la descripción. En la reproducción fiel se transcribieron textualmente las entrevistas con el objetivo de identificar nuevas vías de investigación utilizando las guías de entrevista y observación. Posteriormente la codificación se hizo por categorización de segmentos de la transcripción identificando el valor, la percepción y retos de salud etiquetándolos con los códigos predefinidos. A este procedimiento se le conoce como "mapear" y el resultado fue un mapa de códigos que nos ayudó a la concentración y construcción del espectro del discurso[34].

Después de haber realizado la validación correspondiente se procedió a depurar las entrevistas para evitar sesgos y de ahí se procedió a la codificación que se empleó para cada actor social, siendo VA (valor) para usuarios, PE (percepción) para prestador de servicios y RE (retos) para directivos. (ver anexo 16-26)

Dentro de cada concepto se fueron agrupando otros subconceptos que combinados tuvieron que ser identificados en la entrevista para después ser analizados.

6.3.4.2. Indicadores utilizados para la descripción

Los indicadores del apartado cualitativo hicieron referencia a los conceptos y subconceptos que se manejaron en la investigación con los actores sociales de la institución, a través de los siguientes términos:

El término de: Generalidad se utilizó para identificar aquellos subconceptos que fueron referidos por todos los informantes.

Variabilidad, hizo referencia a aquellos que no fueron mencionados por todos de manera general, sino que aparecieron por lo menos en una de las variables discursivas.

Caso extremo fue empleado para hacer referencia a aquellos subconceptos que no fueron mencionados por ningún actor social.

6.3.4.3. Técnicas utilizadas para el análisis

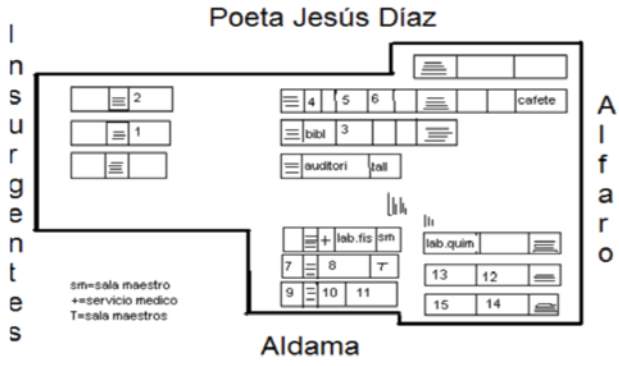
La técnica de análisis utilizada fue la proporcionada por el asesor responsable a través del espectro del discurso, el cual se sustentó en el análisis de contenido temático mencionado en clase.

7. RESULTADOS

7.1. Localización geográfica de la sede

La escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón, pertenece a la Secretaria de Educación de Veracruz, ubicada en la calle Insurgentes No. 49 Colonia centro de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Esta institución brinda atención a 542 estudiantes de educación media superior turno matutino. En el periodo en que se realizó el presente trabajo se desarrollaban los semestres I, III y V.

Figura 1. Croquis de la escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"



7.2. Características físicas de la sede

La tenencia de la tierra de la escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón" es propiedad estatal, el terreno de construcción es con desniveles, de tipo escolar. El edificio cuenta con una fachada, un acceso, tres niveles y seis edificios, el sistema de construcción es de concreto armado, los muros están hechos de tabique rojo y cancelería, la cubierta también es de concreto armado con terminación plana, los entrepisos están elaborados de concreto armado. El inmueble cuenta con los servicios

de agua potable, cisterna, drenaje, energía eléctrica, alumbrado público y vigilancia.

Dentro del inmueble hay un espacio físico que funciona como consultorio. El espacio está conformado por 2 cuartos, el primero opera como consultorio y el adjunto como taller de paramédicos impartido a los alumnos inscritos en área de ciencias de la salud y biológicas. Hay 2 camas de exploración, maniquíes, material didáctico, un lavamanos y una vitrina que sirve de farmacia.

7.3. Características del personal de salud

Dentro de la institución se cuenta con 2 médicos generales. El médico encargado del consultorio, cuenta con carga académica dentro de la institución; el otro médico sólo se dedica a asesoría y no da consulta médica. El horario de trabajo del primer médico es de 08:00 a 14:00 horas, pero este se divide en actividades académicas y de consulta externa.

7.4. Servicios que se ofrecen en la sede

El consultorio ofrece los servicios de consulta externa básica y de primeros auxilios en caso de ser necesarios

7.5. Análisis cuantitativo

Se tenía contemplado aplicar 226 cuestionarios a los padres de familia, sin embargo no se pudo completar la muestra debido a las siguientes complicaciones:

1. No se tomó en cuenta que el ciclo escolar de los alumnos es semestral, por lo que se tuvo que aplicar antes de las fechas programadas los instrumentos correspondientes.

2. Se les entregó con anticipación de 48 hrs a los alumnos los citatorios de los padres de familia para que acudiesen a la institución a contestar el instrumento, sin embargo la respuesta obtenida fue pobre ya que sólo acudieron 115 de los 226 padres de familia citados.

3. No hubo oportunidad de un segundo citatorio para los padres debido a que los alumnos salieron de vacaciones decembrinas.

4. Al inicio del año 2008 y término del semestre escolar fue difícil encontrar a aquellos alumnos cuyos padres no asistieron a la aplicación del instrumento debido a que sólo acudían en horarios específicos a exámenes finales, sin embargo se acudió a cada salón y se hizo entrega de los 111 instrumentos faltantes pidiéndoles que los entregaran en las 48 hrs posteriores.

5. Sólo se regresaron 34 cuestionarios, debido a que los escolares olvidaron entregarlo a sus padres, otros no lo llevaron, otros se fueron de vacaciones, y situaciones por el estilo que fueron difíciles de controlar por el equipo.

6. A pesar de pedir apoyo a la dirección escolar para que se entregaran los cuestionarios faltantes no se logro completar la muestra, en el tiempo que correspondía, de acuerdo al cronograma del Instituto de Salud Pública.

7. Como última estrategia se recurrió entregar los cuestionarios a los alumnos para que se los dieran a sus padres y los contestaran. Esta estrategia tampoco dio resultado pues regresaron pocos cuestionarios y unos mal contestados que hubo que eliminarlos.

8. A pesar de todas las dificultades a continuación presentamos resultados de 149 familias de los adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón":

7.5.1. Características sociodemográficas

En el diagnóstico de salud las características demográficas de importancia para el estudio fueron la edad, sexo, distribución por lugar de residencia, distribución por grado de escolaridad, distribución por actividad económica, distribución por nivel económico familiar.

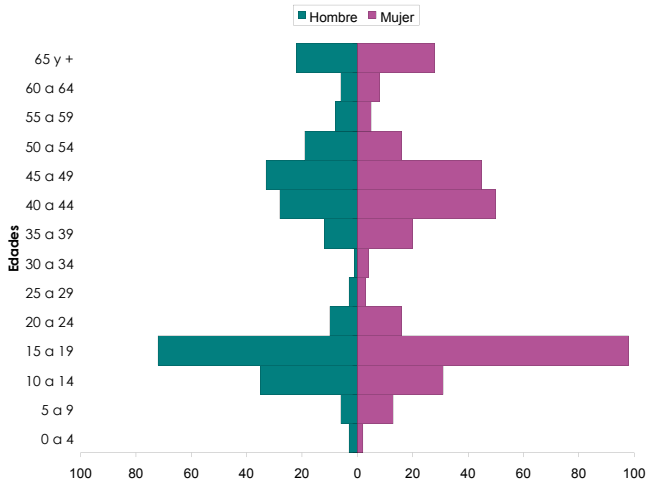
En la tabla número 6 podemos observar la distribución de los encuestados por sexo y grupo etario al que pertenecen. De un total de 617; 266 pertenecen al sexo masculino y 351 al sexo femenino. No hubo encuestados para el grupo etareo menor de 1 año y el grupo etareo con mayor población fue el de 15 a 19 años, como se puede observar en la pirámide de población que muestra un grueso de población en este grupo etareo (ver figura 1), que corresponde a nuestro universo de trabajo.

Tabla 6. Distribución por edad en grupos quinquenales y por sexo de los integrantes de las familias de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Grupo	Hombre	Mujer	Total
0 a 4	3	2	5
5 a 9	6	13	19
10 a 14	35	31	66
15 a 19	72	98	170
20 a 24	10	16	26
25 a 29	3	3	6
30 a 34	1	4	5
35 a 39	12	20	32
40 a 44	28	50	78
45 a 49	33	45	78
50 a 54	19	16	35
55 a 59	8	5	13
60 a 64	6	8	14
65 y mas	22	28	50
NE	8	12	20
Total	266	351	617

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

Figura 1. Estructura de la poblacion de los integrantes de las familias de los alumnos de la escuela de bachilleres Ricardo Flores Magon por sexo y edad, 2007



En la tabla 7 podemos ver que hubo mayor predominio del sexo femenino con un 56.4 por ciento en relación con el sexo masculino que fue de 42.8 por ciento, con una razón hombre-mujer de 0.75:1.31, lo cuál quiere decir que por cada hombre hay un poco más de una mujer.

Tabla 7. Razón hombre mujer de la escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Hombre	266	43.1	43.1
Mujer	351	56.9	100.0
Total	617	100.0	

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

Razón Hombre: Mujer	
Hombres	266
Mujeres	351
H:M	0.75: 1.31

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007.

En lo que corresponde a la distribución y lugar de residencia como se puede observar en la tabla 8, la mayor frecuencia de un total de 149 familias encuestadas 118 pertenecen al municipio de Xalapa, con un porcentaje de 79.2 por ciento, en orden de frecuencia le continúan los municipios de Coatepec 6 por ciento, Emiliano Zapata 4.7 por ciento y Banderilla 2 por ciento tabla 8.

Tabla 8. Distribución por lugar de residencia de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cumulado
Banderilla	3	2.0	4.0
Coatepec	9	6.0	10.1
Emiliano zapata	7	4.7	14.8
Jilotepec	1	.7	15.4
La Joya	2	1.3	16.8
Las Vigas	1	.7	17.4
Naolinco	1	.7	18.1
San Andres tlanelhuayocan	3	2.0	20.1
Teocelo	1	.7	20.8
Xalapa	118	79.2	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

De acuerdo al nivel de escolaridad de los miembros de las familias encuestadas de un total de 482 personas, 125 tenían grado máximo de estudios de licenciatura, lo que corresponde al 22.7 por ciento, le continúan en frecuencia secundaria con 18.2 por ciento, bachillerato 17.6 por ciento y primaria con un 10.0 por ciento. Tabla 9.

Tabla 9. Distribución por novel de escolaridad (12 añños) de los miembros de las familias de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Primaria	55	11.4	12.2
Secundaria	100	20.7	33.0
Carrera técnica o comercial (después de la preparatoria)	47	9.8	42.7
Bachillerato	97	20.1	62.9
Licenciatura	125	25.9	88.8
Maestría	24	5.0	93.8
Doctorado	10	2.1	95.9
Otro (especifique)	1	.2	96.1
No sabe	1	.2	96.3
No responde	18	3.7	100.0
Total	482	100.0	

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

La distribución por actividad económica de los miembros de las familias encuestadas fue la siguiente: el 34.7 por ciento de los encuestados trabajaron, 33.8 por ciento son estudiantes y el 8.0 por ciento se dedica a labores del hogar, cabe destacar que el 4.4 por ciento de los encuestados no contestaron este apartado, Tabla 10.

Tabla 10. Distribución por condición de actividad económica (12 años) e los miembros de las viviendas de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Trabajó	191	40.0	40.0
Tenía trabajo pero no trabajó	3	.6	40.6
Buscó trabajo	7	1.5	42.1
Es estudiante	186	38.9	81.0
Se dedica a los quehaceres del hogar	44	9.2	90.2
Es jubilado o pensionado	16	3.3	93.5
Está incapacitado permanentemente para trabajar	2	.4	93.9
No trabaja	5	1.0	95.0
No responde	24	5.0	100.0
Total	478	100.0	

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

El nivel económico familiar observado en la tabla 11 de las 149 familias encuestadas es para nivel económico alto 84.6 por ciento, medio 12.1 por ciento y bajo con un 3.4 por ciento.

Tabla 11. Distribución del nivel económico familiar de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Alto	126	84.6	84.6
Bajo	5	3.4	87.9
Medio	18	12.1	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

En lo que se refiere al hacinamiento existente en las familias encuestadas se encontró como dato curioso que 16.8 por ciento de las familias viven en condiciones de hacinamiento, lo que no parece ser congruente con el nivel económico familiar, ya que como se describió en la tabla número 6 el nivel bajo sólo se observó en 3.4 por ciento de la población investigada tabla 12.

Tabla 12. Frecuencia de hacinamiento de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Con hacinamiento	25	16.8	16.8
Sin hacinamiento	124	83.2	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

En la tabla número 13 se analizó la población analfabeta mayor de 15 años de edad donde se encontró que el 1.1 por ciento de la población encuestada es analfabeta.

Tabla 13. Proporción de población analfabeta por sexo (15 años) de los miembros de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Población	Frecuencia	Proporción
Analfabeta	6	1.2
No analfabeta	468	96.9
No responde	9	1.9
Total	483	100

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

7.5.2. Identificación de los daños

Las infecciones respiratorias agudas (IRA´s) sólo se pudieron estudiar en los adultos mayores de 60 años debido a que el otro grupo etario de importancia para éste padecimiento (menores de 5 años de edad) que fueron en total 5 niños 3 hombres y 2 mujeres no presentaron IRA´s durante el mes previo a la entrevista.

Como podemos observar en la tabla número 14 la incidencia acumulada para este patología en mayores de 60 años se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino con una incidencia de 44.2, es decir de cada 100 personas mayores de 60 años que se enfermaron de IRA´s durante el mes previo a la encuesta poco más de 44 fueron del sexo masculino.

Tabla 14. Incidencia acumulada por sexo, de infección respiratoria aguda en los adultos mayores y miembros de las viviendas de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Incidencia acumulada de infección respiratoria aguda en el adulto mayor durante el mes previo a la entrevista*			
Sexo	Frecuencia	Total de >60 años	Incidencia acumulada general
Hombre	19	43	44.2
Mujer	12	45	26.7
Total	31	43	72.1

**Tasa por 100. Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007*

En la tabla número 15 se observa que la prevalencia de hipertensión arterial fue para los grupos etarios de 40-44 y 45-49 con 25.08 por ciento respectivamente de un total de 311 encuestados, lo cual quiere decir que de cada 100 hipertensos 25 corresponden al grupo etario de 40 a 44 y 25 al grupo etario de 45 a 49 años.

Tabla 15. Prevalencia de hipertensión arterial por gripo etario de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Grupo de edad	Frecuencia	Total	Prevalencia
25 a 29	0	6	0
30 a 34	0	5	0
35 a 39	0	32	0
40 a 44	6	78	7.7
45 a 49	2	78	2.6
50 a 54	5	35	14.3
55 a 59	1	13	7.7
60 a 64	2	14	14.3
65 y más	3	50	6.0
Total	19	311	6.1

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

Las infecciones de vías urinarias en mujeres mayores de 15 años durante el mes previo a la entrevista se comportó como se observa el la tabla número 16 de la siguiente manera: de un total de 343 mujeres en riesgo la mayor frecuencia fue para el grupo etario de 45 a 49 años de edad con una incidencia acumulada de 0.18, lo cuál quiere decir que de cada 100 mujeres mayores de 15 años de edad que tuvieron una IVU el mes previo a la entrevista casi 2 corresponden al grupo etario de 45 a 49 años. Tabla 16.

Tabla 16. Incidencia general y por grupos de edad de interés pidemiológico de infección de vías urinarias (IVU) durante el mes previo a la entrevista en las mujeres 15 añños miembros de las viviendas de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Incidencia acumulada de infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años durante el mes previo a la entrevista*			
Edad	Frecuencia	Total de mujeres en riesgo	Incidencia acumulada
15 a 19	2	44	.045
20 a 24	0	42	0.0
25 a 29	0	34	0.0
30 a 34	0	28	0.0
35 a 39	1	36	.027
40 a 44	2	30	.066
45 a 49	6	32	0.1875
50 a 54	1	30	.0333
55 a 59	0	22	0.0
60 a 64	0	16	0.0
65 y más	0	29	0.0
Total	12	343	.35833

**Tasa por 100 habitantes. Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007*

En lo que respecta al porcentaje de accidentes en vehículo de motor para mayores de 16 años como se puede ver en la tabla número 17, los hombres tienen mayor frecuencia de ocurrencia en este tipo de accidentes, los grupos etarios que estuvieron más expuestos fueron los de 10-14 y 40-44 años.

Tabla 17. Porcentaje por sexo y grupos de enades de interes epidemiológico de accidentes de transporte en vehículos de motor durante los últimos 8 años en sujetos 16 años de las viviendas de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Hombre	Total hombres	Porcentaje	Mujer	Total mujeres	Porcentaje	Total
10-14	2	35	0.057	0	31	0	2
15-19	0	72	0	2	98	0.020	2
20-24	0	10	0	0	16	0	0
25-29	0	3	0	0	3	0	0
30-34	0	1	0	0	4	0	0
35-39	1	12	0.083	0	20	0	1
40-44	2	28	0.071	2	50	0.04	4
45-49	0	33	0	2	45	0.044	2
50-54	0	19	0	0	16	0	0
55-59	1	8	0.125	1	5	0.2	2
60-64	1	6	0.166	1	8	0.125	2
65 y más	0	22	0	1	28	0.035	1
NE	1	8	0.125	0	12	0	1
Total	8	257		9	336		17

Tasa por 100 habitantes. Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

Depresión

El daño priorizado que fue objeto de estudio en la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón fue la depresión, para lo cual se aplicó un cuestionario formado por 2 escalas, la primera escala de Birleson (Anexo 22) nos permitió conocer la prevalencia de depresión en los adolescentes, la segunda escala de Apgar familiar (Anexo 21) nos sirvió para función familiar, el resto de las preguntas fueron para medir factores de riesgo para depresión en la comunidad estudiantil de la institución.

En la tabla 18 vemos que los cuestionarios aplicados a los adolescentes 107 fueron contestados por alumnos de quinto semestre, 102 por alumnos de primer semestre y 29 alumnos de tercer semestre. La edad que tuvo mayor número de participantes fue la de 17 años.

Tabla 18. Distribución de depresión por edades y grado escolar de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Edad	Grado			Total
	Primero	Tercero	Quinto	
14	3	0	0	3
15	30	0	0	30
16	22	24	0	46
17	0	15	17	32
18	0	7	4	11
	55	46	21	122

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

La distribución por edad y sexo de los adolescentes que contestaron el cuestionario fue mayor para el sexo femenino con 149 participantes de un total de 261. La edad que tuvo mayor número de encuestados fue la de 17 años en los dos sexos, siendo más significativa en el sexo femenino tabla 22.

Tabla 19. Distribución por edad y sexo de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
14	1	2	3
15	25	42	67
16	36	51	87
17	42	47	89
18	8	7	15
	112	149	261

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

En la tabla 20 se observa la distribución de depresión por edad y sexo, siendo mayor en tanto en el sexo femenino como en el masculino a la edad de 16 años.

Tabla 20. Distribución de depresión por edad y sexo de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
14	1	2	3
15	8	20	28
16	19	27	46
17	12	20	32
18	5	6	11
	45	75	120

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

En la tabla 21 se aprecia que el mayor porcentaje de adolescentes deprimidos son mujeres. Al calcular la prevalencia de depresión en el plantel educativo por escala de Birleson, se confirmó que ésta fue mayor para el sexo femenino en un 50.33 por ciento, mientras que para el sexo masculino fue de 40.17 por ciento.

Tabla 21. Prevalencia de depresión en adolecentes de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Depresión	Prevalencia	Porcentaje
Mujer	75	0.5033	50.33%
Hombre	45	0.4017	40.17%
Total	120	0.4597	45.97%

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

6.5. 3. Factores de riesgo para los daños

A continuación se presentan los factores de riesgo para las patologías encontradas en el diagnóstico de salud.

Para infecciones de vías urinarias (IVU´s) se encontró que los factores de riesgo en las mujeres mayores de 15 años encuestadas se encontró que el único factor de riesgo fue: el uso de baños públicos con un riesgop relativo de 2.82, lo cuál quiere decir que aquellas mujeres que usan baños públicos tienen casi tres veces más de riesgo de padecer una IVU´s que las que no los usan. Los demás factores de riesgo fueron no significativos tabla 18.

Tabla 22. Factores de riesgo para infecciones de vías urinarias en las mujeres mayores de 15 años de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Factor de riesgo	Razón de momios(OR)	Intervalo de confianza 95%
Diabetes	2.49	No aplica
No baño diario	1.69	0.23-9.67
Uso baños públicos	**3.50**	**1.00-12.01**
Tomar refresco	1.90	0.59-6.04
Consumo comida chatarra	0.92	No aplica
Consumo menor a 2 lt agua diarios	1.27	0.35 – 4.92
No usa preservativo	0.50	0.06-4.52
Mala técnica de aseo	0.00	0.00 – 12.01

Riesgo significativo Factor Protector

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

En lo que respecta a factores de riesgo para hipertensión arterial solamente se pudo valorar el factor de riesgo que corresponde a hipercolesterolemia encontrando una razón de momios de 0.43 con un intervalo de confianza de 95 por ciento de 0.15-1.21 lo cual quiere decir que para los pacientes encuestados el tener niveles elevados de colesterol no significa un factor de riesgo para hipertensión arterial tabla 19.

Tabla 23. Factores de riesgo para hipertensión arterial sistémica de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza
≥20 años	No aplica	
Hipercolesterolemia	0.43	0.15 – 1.21
Obesidad	No aplica	

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

Dentro de la valoración de factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 solamente se pudo analizar el correspondiente al sedentarismo y a pesar de tener una razón de momios de 6.49 no fue significativo ya que el intervalo de confianza al 95 por ciento fue de 0.80-141.39 tabla 24.

Tabla 24. Factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 de los miembros de las viviendas de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza 95%
≥40 años	No aplica	
Antecedentes heredofamiliares	No aplica	
Sedentarismo	6.49	0.80-141.39

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

En la tabla 25 se analizan los posibles factores de riesgo para depresión. Solamente tres factores resultaron con asociación estadísticamente significativa a depresión: a) insatisfacción con los logros escolares (OR=3.7,IC95 por ciento 2.2 a 6.4); b) disfunción familiar (escala de Apgar familiar) (OR=2.8, IC 95 por ciento1.5 a 5.3) y c) padres divorciados (OR= 2.7, IC95 por ciento 1.6 a 4.7).El sexo femenino y tener un familiar con antecedente de depresión llama la atención que adolescentes no aceptados resultara ser un factor protector para depresión y mostraron riesgo en nuestro estudio aunque sin alcanzar asociación significativa. El resto de las variables (adolescentes sin aceptación social, con antecedente de defunción de un ser querido (con antecedente de ruptura de una relación afectiva importante) no mostraron asociación significativa.

Tabla 25. Factores de riesgo para depresión de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Factor de riesgo	Razón de momios (OR)	Intervalo de confianza (IC 95%)
Sexo femenino	1.51	0.89 – 2.56
Con antecedentes heredofamiliares de depresión	1.49	0.86 – 2.58
Adolescentes no aceptados u objeto de burla en la escuela	0.36	0.21 – 0.61
Adolescentes insatisfechos con sus logros académicos	**3.72**	**2.17 - 6.41**
Adolescentes con disfunción familiar según escala Apgar	**2.80**	**1.50 – 5.27**
Adolescentes con antecedente de defunción de un ser querido	0.78	0.40 – 1.51
Adolescentes con padres divorciados	**2.73**	**1.60 – 4.66**
Adolescentes con ruptura de alguna relación importante	1.25	0.66 – 2.33

Riesgo significativo Factor Protector

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

7.5.4. Recursos, servicios y programas de salud

Dentro de los servicios de salud utilizados por las familias de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" podemos observar que el IMSS es el servicio más utilizado, seguido del ISSSTE tabla 26.

Tabla 26. Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos a recibir atención médica de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
IMSS	11	47.8	52.4	52.4
ISSSTE	4	17.4	19.0	71.4
Privada	4	17.4	19.0	90.5
Otro(especifique)	1	4.3	4.8	95.2
No responde	1	4.3	4.8	100.0
Total	21	91.3	100.0	
Perdidos	2	8.7		
Total	23	100.0		

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

Los grupos etarios que mayormente utilizan los servicios de salud del IMSS son los que corresponden a los de 15 a 19 años, le sigue 40 a 44 años, y 45 a 49 años. Los grupos etarios que menos utilizan los servicios son los de 1 a 4 años y de 30 a 34 años. El sexo que más utiliza el servicio de salud es el femenino tabla 27.

Tabla 27. Distribución por servicios de salud utilizados por los miembros de las familias de los alumnos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	IMSS		Total
Grupo etario	Hombre	Mujer	
1 A 4	1	1	2
10 A 14	13	8	21
15 A 19	17	39	56
20 A 24	1	5	6
30 A 34	1	1	2
35 A 39	7	8	15
40 A 44	19	20	39
45 A 49	13	14	27
5 A 9	3	6	9
50 A 54	10	5	15
55 A 59	2	4	6
60 A 64	4	5	9
65 Y MAS	14	11	25
NE	1	0	1
TOTAL	106	127	233

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

En el caso del ISSSTE las pacientes del sexo femenino son las que más utilizan el servicio y los grupos etarios que recurren más a la institución son los de 10 a 14 y 15 a 19 tabla 28.

Tabla 28. Distribución por servicios de salud utilizados por grupo etéreos de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

Grupo etario	ISSSTE		Total
	Hombre	Mujer	
10 A 14	2	2	4
15 A 19	0	4	4
35 A 39	0	1	1
40 A 44	2	3	5
45 A 49	1	1	2
50 A 54	2	0	2
65 Y MAS	1	2	3
Total	8	13	21

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

Para el servicio médico militar nacional hubo 2 usuarios varones de los grupos etarios de 15 a 19 y 60 a 64 años de edad. El único usuario del servicio medico de la Universidad Veracruzana fue mujer del grupo etario de 65 y mas años.

Los pacientes diabéticos acuden en su mayoría al servicio del IMSS en un 42.9 por ciento, seguido por el ISSSTE y por último servicio médico privado en un 14.3 por ciento respectivamente tabla 29.

Tabla 29. Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
IMSS	3	42.9	42.9	42.9
ISSSTE	1	14.3	14.3	57.1
Privada	1	14.3	14.3	71.4
No responde	2	28.6	28.6	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente cuestionario aplicado diciembre 2007

El servicio médico al que acuden los pacientes con hipertensión arterial en su mayoría es el del IMSS en un porcentaje de 47.8 por ciento, seguido del ISSSTE y medicina privada en 17.4 por ciento respectivamente tabla 30.

Tabla 30. Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos a recibir atención médica de la Escuela de Bachilleres "Ricardo Flores Magón"

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
IMSS	11	47.8	52.4	52.4
ISSSTE	4	17.4	19.0	71.4
Privada	4	17.4	19.0	90.5
Otro(especifique)	1	4.3	4.8	95.2
No responde	1	4.3	4.8	100.0
Total	21	91.3	100.0	
Perdidos	2	8.7		
Total	23	100.0		

Fuente: cuestionario aplicado diciembre 2007

Espectro del discurso

Tabla 31. Espectro del discurso:
Concepto de percepción. Prestador del servicio médico

Subconcepto / Variable Discursiva	PEs	PEe	PEd	PEte
Prestador de servicio 1	Presente (14)	Presente (15)	Presente (1)	Presente (2)
Prestador del servicio 2	Presente (3)	Presente (4)	Ausente (0)	Presente (8)
Cualificación	GE	GE	VA	GE

Tabla 32. Espectro del discurso: concepto valor de la salud. Usuario

Subconcepto / Variable Discursiva	VAsp	VAsn
Usuario 1	Presente (9)	Presente (10)
Usuario 2	Presente (5)	Presente (6)
Cualificación	GE	GE

Tabla 33. Espectro del discurso: concepto de reto en salud. Directivo

Subconcepto / Variable Discursiva	REed	RErh	REe	REp	REte
Directivo 1	Presente (3)	Presente (2)	Ausente (0)	Presente (1)	Presente (3)
Directivo 2	Presente (7)	Presente (4)	Ausente (0)	Presente (1)	Presente (1)
Cualificación	GE	GE	CE	GE	GE

Análisis del espectro del discurso

PERCEPCIÓN

Generalidad. La obtuvieron los conceptos de salud, enfermedad y temas emergentes, variando los matices en cada uno. Salud percibida en dos momentos, como salud física y salud emocional/mental, siendo la última la que preocupa más.

"…aquí podríamos dividirlo en dos momentos, en dos fases, creo que desde el punto de vista físico, la salud es buena, es eficiente, en términos generales pero me parece que por alguna razón que ustedes seguramente van a detectar, su salud emocional y mental está un poco deteriorada…" (Prestador de servicio médico 1)

"… las cefaleas por estrés y gastritis es por la tensión por que se ve más en tiempos de exámenes…" (Prestador de servicio médico 2)

Otro de los matices dentro de lo que es salud, fue acerca de las fortalezas, ya que refirieron ser limitadas en la institución donde existen grupos de trabajo del área de biológicas que se convierten en vectores de información para llevar a sus demás compañeros que no tienen oportunidad de tener al alcance conocimiento sobre salud.

"…Algunas fortalezas son limitadas, pero a pesar de eso, sí tenemos algunos grupos sobre los que se trabaja fuertemente sobre información básica que ellos deben tener, y ellos mismos se convierten en vectores de información…" (Prestador de servicio médico 1)

La entrevista fue abarcando varios problemas de salud, provocados en cierta medida por la educación en salud en México. Los jóvenes de la escuela Ricardo Flores Magón resultan ser un grupo representativo de lo que pasa en México en lo que se refiere a educación en salud. Ya que, no existe un conocimiento certero sobre ciertas enfermedades, que por su carácter epidemiológico resulta ser de vital importancia el conocimiento acerca de ellas para su prevención y cuidado en caso de algún evento.

"…tenemos una pésima educación en salud en México y por lo mismo ellos no tienen una conciencia exacta de cuál es su estado de salud, incluso algunos vienen refiriendo enfermedades crónico degenerativas sólo porque escucharon que existen dado que por su edad y por el grupo al que pertenecen, su alimentación, su nivel social económico, no son tributarios de esa patología, entonces creo que ellos perciben mal su salud y eso mismo los hace vulnerables a información equivocada…"(Prestador de servicio médico 1)

En cuanto a la percepción de enfermedad, los prestadores de servicio médico refieren mucho las causas de ésta, una de ella la influencia de los medios de comunicación, siendo el espejo donde se muestran los ideales colectivos repercutiendo e la salud mental de alumnos que buscan ser exitosos y son susceptibles de estereotipos físicos de belleza que son fácilmente asimilados por los adolescentes.

"…Una de las situaciones que veo con preocupación es la gran influencia que tienen sobre ellos los medios de comunicación, y que pueden en un momento dado estar ejerciendo una fuerte presión sobre sus hábitos alimentarios, por ejemplo, o sobre los estereotipos físicos, verdad, que solamente las personas delgadas…"(Prestador de servicio médico 1)

Dentro de los temas emergentes (que no se tenían contemplados), se encontró que el servicio médico ha sido relegado, no se le ha dado el impulso y la importancia suficientes para poder realizar trabajo efectivo en salud. El doctor detecta la necesidad de talleres de sexualidad humana, conferencias acerca de trastornos alimentarios e incluso de patologías comunes.

"…no se le ha dado o no se le ha seguido sistemáticamente al servicio, lo hemos abandonado hasta yo lo digo con honestidad, cuando llegué lo teníamos, pero desafortunadamente por la poca importancia que le han dado al servicio y dejamos de tener información básica sobre los alumnos, que es importante yo creo que reactivar el servicio médico, hacer un programa de medicina escolar adecuado al nivel que tenemos y que de él emanen las diferentes actividades a desarrollar que teníamos en otro tiempo, los talleres de sexualidad humana, conferencias frecuentes acerca de trastornos alimentarios y de patologías comunes y corrientes que los alumnos deben identificar… "(Prestador de servicio médico 1)
"…Y el personal en general como que estamos muy desunidos y no formamos un verdadero grupo y hay intereses de cada uno y como sabe eso hace difícil el trabajo…" (Prestador de servicio médico 2)

Variabilidad. La obtuvo el subconcepto de depresión. Dentro de los matices que tomó la percepción de depresión fue la causa, a lo que varias veces refirieron ser la tensión y estrés escolar.

"…A mí me parece que el principal problema de salud mental con ellos es la ansiedad, y muy probablemente la depresión, lo vemos, es muy significativo este punto precisamente en esta temporada de exámenes, en donde vemos el mayor número de inasistencias por incapacidad física entrecomillada…"(Prestador de servicio médico 1)

"…después de observar durante tantos años a los alumnos de la escuela si he podido determinar que su problema por tensión emotiva es muy fuerte, fundamentalmente por la presión que ejercemos como escuela sobre ellos, y hablo de ejercer presión como escuela aunque esto está focalizado a determinados compañeros, que ejercen una presión demasiado intensa sobre ellos lo que les provoca un estado emotivo muy frágil…"(Prestador de servicio médico 1)

Los docentes y el prestador de servicios están consientes del estrés que generan en los alumnos y que ocasiona principalmente ansiedad y depresión.

"…que siempre lo hemos atribuido a somatizaciones por el estrés al que los sometemos durante esta temporada, me parece que son básicamente los dos puntos más importantes, ansiedad y depresión…" (Prestador de servicio médico 1)

VALOR

Generalidad. De acuerdo a la codificación del espectro del discurso para los usuarios se identificó generalidad en los subconceptos positivos y negativos del concepto valor. Tomando diversos matices y con distintas implicaciones.

"…yo creo que esta es una escuela sana, yo creo que se vinieron a una de las mejores escuelas…" (Usuario 2)

"..la salud es importante para todos nosotros pero hay algunos que como que no lo toman mucho en cuenta o más bien no se dan cuenta de eso…" (Usuario 1)

Dentro de los matices del valor positivo de la salud, existe aquel que es reflejo de lo que la familia va inculcando, la escuela es vista como un complemento.

"…creo que hay mucho peso en la familia de lo que te están enseñando, lo que te inculcan desde ahí ya hay mucho peso y vienes a complementar con la escuela, desde la primaria, kínder hasta la secundaria todavía y ya en la prepa te digo que es un poco más light eso porque se sobrentiende que eso ya lo debes de saber…"(Usuario 1)

Dentro de los matices que tomó el valor de la salud negativo encontramos que los estudiantes a pesar de considerar que la salud es algo importante, en sus prácticas sociales no se refleja en algunos casos, esto al consumir sustancias dañinas para el organismo, el consumo de drogas fue mencionado como algo normal.

"Algunos compañeros no lo toman mucho en cuenta pero hay otros que si la toman en consideración, por ejemplo, hay compañeros que sí fuman o de vez en cuando una tachita, pero por ejemplo ahí yo creo que están atentando en contra de su salud" (Usuario 1)

Otro de los matices que tomó el valor negativo fue que para alumnos hay cosas más importantes que su salud, en algunos casos es mayor la prioridad a su formación académica y al rendimientos escolar, que a veces la salud se sacrifica y vale más lo que serán el día de mañana que la salud en este momento.
"…en esta escuela si somos bien ñoños, muy preocupados

por lo que vamos a ser el día de mañana, por lo que vamos a estudiar, siento que a veces sí afecta un poquito pero pues te ayuda para tu formación académica y te hace ser mejor persona, creo que a veces si se sacrifica un poco la salud pero vale la pena…"(Usuario 1)

Otro matiz fue el referente a primer semestre, el valor que le dan a la salud resulta ser negativo, ya que debido a la carga de trabajo y al cambio que implica el paso de la secundaria la preparatoria implica un gran estrés en los alumnos quienes no tienen mucho tiempo para otras cosas que no sea el estudio. Los semestres más estresantes parecen ser primero y tercero.

"…primer semestre sí es muy estresante a veces como tienen muchísimo trabajo y bueno en mi caso yo veía que no tenía tiempo de nada más que de estar estudiando […] ya de ahí cuando entré a tercer semestre pues otra vez como que se puso intenso la parte del estudio y otra vez estar estudiando" (Usuario 1)
El estrés y las presiones del estudiante se ven reflejadas en su alimentación, la cual es descuidada en algunas ocasiones o simplemente no es tomada en cuenta por algunos.

"…algunos vienen con mucho asco, no quieren desayunar nada, por ejemplo tengo amigos que luego dicen no es que yo desayunar en las mañanas no porque me da asco"… (Usuario 1)

Otro matiz fue el valor de la salud negativo por parte de sus familias, en algunos casos la alimentación es descuidada por los padres, quienes aunque tratan de permanecer unidos a sus hijos muchas veces no tienen tiempo para estar al pendiente de ellos. Esto contrasta con el valor positivo que es inculcado por parte de las familias, sin embargo habría que distinguir entre inculcar valores como padres y llevarlos a la práctica, no se pretende enjuiciar, simplemente marcar la diferencia para evitar confusión.

"…los padres se preocupan por nosotros en aspectos de salud. Aunque creo que no todos los casos, claro que hay a quienes sus papás por el tiempo no les importa si su hijo comió o no…"(Usuario 1)

El valor que los padres le dan a la salud se hace efectivo cuando la enfermedad se presenta, más que prevención está presente la curación.

"…de alguna manera sí se preocupan los padres por uno, por aquí se enferma alguien y ya te quieren llevar al médico…"(Usuario 1)

Debido a encontrarse a un paso de la universidad, la escuela da por hecho que el joven tiene conocimientos suficientes respecto a salud y por lo tanto no se valora mucho a la salud dentro de los programas que involucran la formación de los alumnos, sobre todo en primer semestre, que implica dificultades para algunos jóvenes.

"…Desde primer semestre así los maestros, que digamos se preocupen pues así un 100 por ciento, que tengan programas de salud no o algo para que vieran esto, pues no, no se le da mucho valor a la salud…"

Otro de los matices que tomó fue el valor de la salud en la institución.

"…si les importa, si no al 100 por ciento si hacen algo, aquí está el doctor que nos cuida y hay confianza de venir a decirle qué me puedo tomar…"

La salud es abordada cuando los alumnos llegan al área de biológicas, mientras existe poca información sobre salud salvo lo que hagan los alumnos de biológicas respecto a eso.

"…Realmente nunca se nos han hablado de salud como todo un curso, solamente hasta que llegas a biológicas o paramédicos, pero no te inculcan mucho de eso..."

Dentro de este matiz, del valor negativo de la salud mencionaron el deporte, actividad que en la escuela no ha sido impulsada.

"..Tanto estudio y estudio y estudiar y tantas tareas y exámenes y todo y no vaciamos ese estrés en otra cosa, hay temporadas que todos estamos así, porque como no hay, ahorita por ejemplo nos quitaron el fútbol por un problema que hubo con la maestra que casi le pegan un pelotazo…" […..]"es una escuela que su slogan es ese "aquí se viene a estudiar no a hacer deporte"

Los jóvenes desean se implemente algún sistema o programa que impulse el deporte y donde se valore más la salud.

"…estaría bien que la escuela hiciera un programa de deportes en algún gimnasio de aquí en algún campo no sé para eso, que valoraran más la salud…"

Cabe mencionar que aunque no fue parte de la pregunta de investigación principal, para nuestro daño fue necesario tomar en cuenta la percepción de depresión por los

mismos alumnos, esta parte se encuentra codificada y es mencionada aquí por ser nuestro daño principal: depresión en adolescentes. Dentro de la entrevista se fueron dando varios matices, descubriendo que hay alumnos que presentan desgano y tristeza, susceptibles a las calificaciones obtenidas y donde resienten en su salud la presión a la que ellos mismos se someten.

"…*él si se considera deprimido y sabe que le está afectando mucho sobre todo en las calificaciones*… "*(Usuario 1)*

Existen varios factores que influyen en la presencia de depresión en los jóvenes, entre ellos la presión de la escuela y de los propios compañeros, quienes a pesar de saber que pueden ocasionar problemas de depresión en sus pares, resulta ser un factor de poca importancia.
"…*pues sí, obviamente la presión de la escuela y la presión de nosotros porque hay personas que son más molestables y obviamente se les carga los apodos, los insultos y generalmente son personas gorditas retraídas, no hablan, no participan, salen mal en las calificaciones y eso hace que se hagan más retraídos y se depriman con mayor facilidad. Se deprimen con las calificaciones, hay muchos que quisieran salir mejor pero por más que estudian no se les da*…"*(Usuario 2)*

No hubo casos de variabilidad o caso extremo.

RETOS

Generalidad. Dentro del análisis los retos que mostraron generalidad fueron los retos en educación en salud, retos en recursos humanos, retos en cuanto a políticas y retos en temas emergentes, dentro de los cuales cayó la depresión.

Dentro de los retos en políticas en salud, un han observado problemas dentro de la institución, y buscan resolver los factores de riesgo que están ocasionando dichos eventos.

"…*lograr que esos riesgos, que esos factores de riesgo que esos problemas que hemos observado dentro de la institución, la escuela pueda hacer algo para apoyar a resolverlos*…" *(Directivo 1)*

"…*y que tuviera mínimo dos médicos de tiempo completo para atender cualquier cosa que surja, y que el mismo departamento médico en coordinación con el departamento de orientación se coordinaran para llevarle la información en beneficio de los chicos..*"*(Directivo 2)*

Dentro de los retos en educación sexual existe la programación de algunas pláticas de educación sexual, ya que ha sido demasiado obvia la realidad sobre la vida sexual activa de los jóvenes.

"…*programar unas pláticas de educación sexual con respecto a la vida sexual activa que tienen nuestros muchachos ¿no?...*" *(Directivo 1)*

En cuanto a educación en salud un punto que fue enfatizado fue el hacer conciencia en los jóvenes, ya que si toman responsabilidad de su vida y de su cuerpo lo tendrán que aplicar bien a su vida diaria, cuidando su cuerpo y su mente.
"…*hacerles conciencia, de cómo alimentarse, descansar el tiempo suficiente, la palabra clave está en conciencia, que hagan conciencia ellos, la sinceridad, más que nada que hagan conciencia los jóvenes la responsabilidad que tienen consigo mismos ¿no?, que cuiden su cuerpo, que si es importante estudiar mucho, pero para que puedan rendir tienen que comer bien, dormir bien, descansar, hacer ejercicio, todo, todo eso*…" *(Directivo 2)*

Otro aspecto en cuanto a educación en salud es la prevención de enfermedades, enfocado principalmente a la prevención de contagios, cuando la enfermedad ya está presente, los directivos quieren evitar que esa excesiva responsabilidad en los alumnos por cumplir con sus clases aunque estén enfermos, tenga consecuencias negativas en sus demás compañeros.
"…*la prevención de otras enfermedades de contagios, porque eso es algo que aquí ocurre, a veces el muchacho es tan responsable que aun con una incapacidad médica quieren venir, y nosotros tenemos que explicarle a los papas que si el médico no lo deja venir es para protegerlo a él y también para proteger a toda la población*…" *(Directivo 1)*

Otro reto en cuanto a educación, es la importancia de la alimentación, ya que muchos alumnos la descuidan.

"…*la nutrición de los jóvenes no la llevan a cabo ¿no? como debe de ser, darle al organismo todos los alimentos que requiere, yo creo que ahí sería reforzar más y hacer mucho énfasis aunque la información les llega pero darles la importancia a esto, no nada más recibir la información sino llevarlo a la práctica ¿no? para evitar enfermedades*…" *(Directivo 2)*

Trabajar con la familia implica un reto en educación en salud, ya que muchos de los problemas de salud que

aquejan a los jóvenes pudieran prevenirse si desde hubieran tenido cierta formación, por lo que un reto en educación es precisamente el reforzar valores desde la familia.

"…luego los chicos, se les olvido la sudadera o la perdieron, entonces en tiempo de invierno no se abrigan y de ahí pues los resfriados y todo esto ¿no? En la familia es donde se debería reforzar más, todo esto, no habría necesidad de que... la escuela solo recordaría lo que en mi casa se me informó pero yo creo que debido a que los padres están preocupados en sus trabajos no les dan esta información a sus hijos, esta formación ya debería de ser un buen hábito que ya traigan de casa ¿no?..." (Directivo 2)

La concientización de la familia también un implica un reto de educación en los jóvenes ya que las responsabilidades que ya están adquiriendo no deben romper con la armonía de su salud física, mental y emocional.

"…lo principal es que este podamos ayudar a los jóvenes a concientizar la importancia de tener un equilibrio como le decía, para mí lo que es salud, que haya armonía en uno, pero para que haya esa armonía debe uno de darle todo lo que el organismo necesita, balanceadamente, yo creo que concientizar al muchacho porque ya están grandes también, llega un momento en que ya no podemos depositar la responsabilidad en los padres ¿no?..." (Directivo 2)

Otro reto que se enfatizó mucho fue la capacitación oportuna de personal especializado para poder llevar a cabo esos retos en ecuación, la formación del personal es clave para el éxito o fracaso de dichos desafíos.

"…Creo que es necesario, pues, capacitar personal especializado, personal de aquí y bueno que ellos nos hicieran las referencias pertinentes para poder llegar con los jóvenes… y algunas limitantes pues, tal vez algunas limitantes serían los horarios…"(Directivo 2)

El aumento de uno a dos prestadores de servicio médico de tiempo completo, así como la coordinación entre directivos y prestadores resulta esencial para que se logren superar los problemas de salud existentes.

"…sería importante y muy bueno que el departamento médico estuviera única y exclusivamente para ayudar a los jóvenes y que tuviera mínimo dos médicos de tiempo completo para atender cualquier cosa que surja, y que el mismo departamento médico en coordinación con el departamento de orientación se coordinaran para llevarle la información en beneficio de los chicos…"(Directivo 2)

Unos de los matices dentro de los temas emergentes, fue cómo abordar ciertas problemáticas referentes a depresión, para ellos, la realización de un diagnóstico de salud resultaría ser un punto de referencia para posibles decisiones por determinar.

"…si esto lo refuerza un diagnóstico para nosotros va a ser mucho más sencillo y vamos a poder justificarlo más fácilmente, porque muchas de estas cosas las percibimos pero no tenemos como medirlas, se dan aisladas algunas situaciones por las cuales algunos nos enteramos que esto ocurre, pero no hay un estudio serio o formal de que esto existe, entonces al haberlo va a dar herramientas bien valiosas, esperamos poderlo resolver, ¿verdad?..." (Directivo 1)

"…esta edad es una edad muy propensa para sufrir este tipo de problemas y aquí conocemos un caso muy particular, lo observamos, nos comentan los maestros que lo tenemos muy consentido a ese chico lo llamamos, lo apoyamos, y además como está muy cerca su salón, cuando tenemos algún convivio el siente la confianza de acercarse, ha sido un problema de depresión muy prolongado, ya va para un año, el está medicado y, bueno, eso hace que el tenga los reflejos más lentos que sus compañeros…" (Directivo 1)

"…No, no sabemos cómo, no lo habíamos visualizado como un problema que se puede atacar o prevenir, insisto, vemos y sabemos que esta es una edad propensa y que además se está manifestando así en toda la población, pero no lo habíamos, no teníamos nada para atacarlo o prevenirlo..." (Directivo 1)

Por último, se refieren causas de posibles casos de depresión, como son la desintegración familiar o alcoholismo en algunos casos.

"…hay cosas tan comunes en los adolescentes desde noviazgos hasta conflictos muy serios como desintegración familiar y otro tipo de conflictos, los mismos muchachos a veces nos dicen la presencia de alcohol, ese tipo de problemas en ese momento lo canalizamos y si no hay un programa para prevenirlo pero si tratamos de atenderlo, inmediatamente lo identificamos y estamos muy al pendientes para atenderlo…" (Directivo 1)

Caso extremo. Retos económicos, ya que ninguno de los actores sociales hizo referencia a este tema.

8. DISCUSIÓN

Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro-psiquiátricos, siendo depresión el más importante. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP 2005) indican que 8.4 por ciento de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida (según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría -DSM-IV, por sus siglas en inglés- un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida y 4.8 por ciento lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos siendo que la depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y el embarazo y el post-parto son periodos particularmente críticos; a pesar de esta evidencia sobre la magnitud de los problemas en México, la salud mental es una de las áreas en las que existen importantes desigualdades en cuanto a la disponibilidad y acceso de los servicios[35].

Los síndromes depresivos en adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados hecho que puede atribuirse a diferentes motivos: 1) las manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, 2) los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y 3) los adultos relevantes en la vida del adolescente no pueden creer que a esa edad se sufra de depresión, y además el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores. Cuando se identifica un cuadro depresivo en un joven debe resolverse el problema pues representa un fenómeno patológico, sin embargo, existe una considerable confusión sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia y la adolescencia generando la necesidad de explorar esta entidad utilizando métodos sistemáticos y estructurados. Los informes sobre la frecuencia de la depresión en adolescentes varían mucho[36].

De acuerdo a varias investigaciones, las tasas de prevalencia para los trastornos depresivos parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil, sin embargo si se asocia, con mucha frecuencia con el deterioro del rendimiento escolar.

Este estudio permitió conocer el estado de salud-enfermedad de los adolescentes de la escuela de Bachilleres Ricardo Flores Magón para lo cual se aplicó la escala de Birleson (Anexo 22) para el diagnóstico de depresión, y preguntas relacionadas para detectar factores de riesgo para la misma, y otra escala, el Apgar familiar (Anexo 21) que mide el nivel de función familiar.

De los 263 adolescentes encuestados 3 tienen una edad cumplida de 14 años (al momento de la encuesta), 69 con 15 años, 30 con 16 años y todos ellos se encuentran cursando el primer semestre, de los adolescentes con 16 años, 20 se encuentran cursando el segundo semestre y 37 el tercero, de los adolescentes con 17 años, 9 se encuentran cursando el segundo, 59 el tercero, 17 el cuarto semestre y 4 el quinto, de los adolescentes con 18 años, 11 de ellos se encuentran cursando el tercer semestre y 4 el cuarto. Tres adolescentes con 14 años pertenecen al sexo femenino y uno al masculino respectivamente, 42 adolescentes del sexo femenino y 25 del masculino pertenecen a la edad de 15 años, 51 de sexo femenino y 36 del masculino con 16 años de edad, 47 pertenecientes al sexo femenino y 42 al masculino con una edad de 17 años y finalmente los adolescentes con 18 años de edad corresponden 8 hombres y 7 mujeres que comparando con estadísticas reportadas al 2007, 1 de 4 habitantes del país era joven siendo su tasa de crecimiento promedio anual en ese lapso de 0.4 por ciento, mientras que la población total del país creció a un ritmo de 0.9 por ciento, mientras que la conciliación demográfica Conapo-INEGI-Colmex indicó que México tenía 103.9 millones de habitantes en 2005 con una distribución prácticamente idéntica entre hombres (50.15 por ciento) y mujeres (49.95 por ciento) refiriéndose por grupos de edad, quienes tienen entre 15 y 19 años representan 36.2 por ciento del total de los jóvenes estimándose que la población joven llegará a 29.3 millones en 2010[11,37].

La investigación realizada en la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" al ser una escuela pública, confirma lo encontrado en varios estudios, los cuales afirman que los alumnos de escuelas públicas presentan niveles más altos de depresión y desempeños académicos marcadamente inferiores a los obtenidos por los alumnos de escuelas privadas[38], En el punto referente a desempeño académico parece contradictorio debido a que dentro del abordaje cualitativo los actores sociales refieren ser una de las mejores escuelas públicas de la cuidad y estado de Veracruz.

De acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), el trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones, situación similar en las adolescentes de la institución, aunque no fue significativo, se encontró que de

120 alumnos encuestados que de acuerdo a la escala de Birleson (Anexo 22)están deprimidos, 75 correspondieron al sexo femenino y 45 al sexo masculino[15], Es interesante notar que casi la mitad de los adolescentes encuestados presentan depresión y que casi el doble de los deprimidos son mujeres, por lo que existe coincidencia con estudios reportados en los cuales se menciona que las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión que los hombres y en donde se menciona que una de cada 5 personas sufre depresión en un momento dado de su vida afectando adolescentes con tasas desde 0.4-8.3 por ciento[39,40].

En un reporte publicado la frecuencia de depresión fue de 29.8 por ciento; en el sexo masculino se identificó en 18.7 por ciento y en la mujer, en 42.4 por ciento ($p < 0.05$, OR = 3.2) en los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa ($p < 0.05$, OR = 6.3)[22]. En el estudio realizado en la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" hubo similitudes ya que la mayor prevalencia de depresión fue para el sexo femenino (50.33 por ciento) que para el masculino (40.17 por ciento), aunque no se utilizaron las mismas escalas para determinar disfunción familiar también encontramos que los adolescentes con depresión provenían de familias con disfunción familiar (OR=2.80, 1.50-5.27).

La prevalencia de depresión en adolescentes en un estudio del centro de salud universitario zona IV es del 5 al 8 por ciento determinado a partir de entrevistas con especialistas y diferentes escalas de medición[52], en la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" la prevalencia fue de casi el 46 por ciento, es decir mucho más alta.

La prevalencia de depresión en estudiantes de bachillerato de una institución privada de nivel medio, medio alto de entre 15 y 21 años, el 26 por ciento sufre de depresión, del cual 15.4 por ciento es depresión leve, 10.6 por ciento depresión moderada y el 74 por ciento no sufre depresión[41].

La prevalencia de la depresión, entre los 8 a los 16 años, no presenta diferencias entre sexos y que conforme al aumento gradual de la edad los niños mayores tienden a ser menos depresivos, considerando que el presente trabajo abarca de los 15 en adelante podría concluirse que sí hay diferencia entre sexos, predominando en mujeres[42].

Los adolescentes con altos valores de depresión reportan mayor número de problemas emocionales y de conducta, logro académico inferior y mayor abuso de drogas[55], encontrando en la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón", según lo referido en el abordaje cualitativo por nuestros actores sociales, consumo de drogas por algunos estudiantes para mantener un buen rendimiento escolar.

Los adolescentes caracterizados como antisociales y rechazados por sus padres tenían dificultades de ajuste, depresión y bajos logros académicos, esto fue contradictorio porque en el abordaje cuantitativo fue un factor de protección, sin embargo en el abordaje cualitativo, los alumnos refieren que las continuas burlas o rechazos de algunos compañeros les ha provocado depresión[43].
Si evaluamos la existencia de diferencias según el sexo sobre el efecto del fracaso académico y las atribuciones causales sobre la desesperanza aprendida de quienes tienen bajo desempeño académico, indicaría que los varones tenían más experiencias de fracaso académico y desesperanza aprendida que las mujeres sugiriendo por el contrario, que para las niñas, los grados medios pueden ser ocasión de una significativa disminución de su autoestima y desempeño académico[44]. Esto se puede apreciar en los resultados que indican un mayor número de mujeres deprimidas en tercer semestre y primero.

En relación con los antecedentes heredofamiliares en adolescentes como factor de riesgo para depresión, aunque no fue significativo, se encontró que 9 encuestados, si contaron con algún antecedente en la familia coincidiendo con reportes previos en los cuales se reporta que las causas de los problemas de depresión generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales[6].

Se obtuvo como dato, referente a si el adolescente se sentía insatisfecho con sus logros académicos, se observa que existe 2.01 veces de probabilidad de depresión cuando se siente insatisfecho con sus logros académicos que cuando se siente satisfecho con dichos logros, coincidiendo con reportes previos que reportan la relación escolar como aspecto importante para el comportamiento característico de depresión[22].

De acuerdo a la investigación de un estudio sobre prevalencia de depresión en adolescentes, existe un aumento importante cuyo factor de riesgo más significativo fue el pertenecer a una familia disfuncional conforme la escala de Apgar familiar (OR= 4.2,IC 95 por ciento 1.98-9.21)[45]; esto se relaciona con lo encontrado en

la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" debido a que también encontramos una elevada prevalencia de depresión entre los adolescentes y aquellos que provenían de familias disfuncionales de acuerdo a esta escala tenían casi tres veces mayor probabilidad de deprimirse (OR=2.80, 1.50 – 5.27).

En el estudio se encontró que los alumnos que tienen padres divorciados tienen casi 3 veces más probabilidad de deprimirse que aquellos cuyos padres aún están casados coincidiendo con lo expuesto por Francisco de la Peña, psiquiatra y jefe de la clínica del adolescente del Instituto Nacional de Psiquiatría quien menciona que entre las series de situaciones negativas está la de los padres[8].

El tener la defunción en los últimos seis meses de un ser querido no fue un factor de riesgo para deprimirse entre los alumnos de la Escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón".

Los daños a la salud encontrados en las familias de los adolescentes de la Escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" correspondieron a Infección de Vías Urinarias, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, y Accidentes de Tránsito por Vehículo de Motor.

Existen factores locales y generales que predisponen a la infección de Vías Urinarias (IVU's) y cuando están se usa el término de Infección de Vías Urinarias Complicada. Aunque para ser más exactos, en algunos casos constituyen entidades patológicas que se complican con una Infección Urinaria. Algunos autores refieren a estos factores como: sexo femenino, embarazo, uso de sondas vesicales, diabetes, inmunosupresión, tumores, litiasis, entre otras[46].

Los factores de riesgo de IVU son determinados principalmente por la edad y el género: siendo las mujeres 30 veces mas susceptibles de desarrollar IVU a comparación que los hombres; el grupo de mujeres en edad fértil tienen mas riesgo que las que usan diafragma y espermicida y el grupo de mujeres menopáusicas, hasta 20 por ciento padecen IVU por la alteración de la flora endógena[47].

Contrastando las investigaciones anteriores con los datos encontrados en los familiares de los adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" para infecciones de Vías Urinarias (IVU's) en las mujeres mayores de 15 años encuestadas se encontró que el único factor de riesgo fue: el uso de baños públicos con un riesgo relativo de 2.82, lo cual quiere decir que aquellas mujeres que usan baños públicos tienen casi tres veces mas riesgo de padecer IVU's que las que no los usan. Los demás factores de riesgo como ser diabético, tomar menos de 2 litros de agua diariamente, mala técnica de aseo no tuvieron significancia.

En el caso de Hipertensión Arterial (HA) la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2000) refiere que la prevalencia para la distribución poblacional y género en el país fue de 30.05 por ciento siendo esta prevalencia relacionada con la edad notándose que a partir de los años 50 fue mayor para en la mujer. De todos los pacientes que cumplieron los criterios para ser diagnosticados como hipertensos (12,035) el 39 por ciento tenia diagnóstico médico previo y el 61 por ciento lo ignoraba. Así, entre la población de 20 a 30 años se detecto una mayor frecuencia de DIAGNÓSTICO por encuesta. Otros factores de riesgo asociados a la HTA según la ENS 2000 fueron: tener diabetes mellitus encontrada, en el 16.4 por ciento de toda la población hipertensa, relacionada también con la edad. El tabaquismo donde del 36.6 por ciento de hipertensos, el 64.5 por ciento informo ser fumador actual siendo la prevalencia de 34.1 por ciento entre los 20 y 40 años. Por ultimo la ENS 2000 menciona que existe un riesgo de aproximadamente 2.6 veces de ser hipertenso si se es obeso. Contrastando lo que se encontró en la encuesta a los familiares de los adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" con respecto a HTA no fue de significancia ya que no se pudieron valorar factores como tabaquismo, obesidad y co-morbilidad con diabetes solamente se pudo valorar el factor de riesgo que correspondió a hipercolesterolemia encontrando una razón de momios de 0.43 con un intervalo de confianza de 95 por ciento de 0.15-1.21 lo cual quiere decir que para los pacientes encuestados el tener niveles elevados de colesterol no significa un factor de riesgo para hipertensión arterial.

Reportes realizados sobre las características de Diabetes Mellitus muestran que la frecuencia según edad y sexo predominan los grupos de 45-64 años (48.4 por ciento) y 65 años y más con 42.3 por ciento correspondiendo el 66 por ciento al sexo femenino siendo 68.7 por ciento obesos de los 56.7 por ciento pacientes obesos concluyendo que la obesidad se asocia con la Diabetes Mellitus como parte integrante del síndrome y como factor precipitante de las personas genéticamente expuestas por lo que el tratamiento integral del diabético incluye su educación, la dieta, ejercicios y alrededor del 50 por ciento necesita medicamentos[30]. Sobre la investigación realizada y los

datos obtenidos de las encuesta a los familiares de los adolescentes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón" se pudo analizar el correspondiente al sedentarismo y a pesar de tener una razón de momios de 6.49 no fue significativo ya que el intervalo de confianza al 95 por ciento fue de 0.80-141.39 esto quiere decir que para los encuestados el no realizar ejercicio no significa un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus.

9. RECOMENDACIONES

La transición a la adolescencia es una etapa compleja en la cual muchos valores pueden ser replanteados. Las disfunciones familiares (pobre habilidad comunicativa, interacciones abusivas, etc.) y las presiones ambientales (exigencias académicas, constante movilidad y disponibilidad de drogas), podrían llevar a la depresión y a la falta de habilidad para afrontar el estrés aumentando el riesgo de conductas que pongan en peligro su salud como trastornos emocionales, trastornos de la alimentación, prácticas sexuales inseguras, entre otras.
La adolescencia es un período crucial donde se consolidan muchas actitudes y pautas para la vida propia que merecen ser revisadas de manera que pueda favorecerse la promoción de la salud entre los jóvenes.
La depresión puede prevenirse. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2005) para poder combatir de manera efectiva la depresión es indispensable ampliar la cobertura de atención, asegurar el abasto de medicamentos antidepresivos, reducir el nivel de estigma y atender a los grupos vulnerables, dentro de los que se incluyen los niños y adolescentes que consumen drogas.

Existen estrategias de efectividad demostrada para combatir la depresión. Sin embargo, hay barreras que obstaculizan su tratamiento. Dentro de las medidas que menciona la ENEP 2005 se han utilizado:

• Organizar visitas comunitarias para detectar y motivar a las personas en riesgo a que se sometan a tratamiento,
• Facilitarles transporte,
• Atender los problemas que las personas refieren como asociadas a su estado de ánimo.

Las recomendaciones que daríamos en este sentido a la institución educativa serían las siguientes:

• Detección oportuna por parte de personal médico, docente y de asesoría de adolescentes con factores de riesgo para depresión.
• Facilitar información sobre temas relacionados con factores de riesgo para depresión como autoestima, relaciones humanas, salud mental, por mencionar algunas.
• Atención por parte de personal calificado sobre los problemas asociados al estado de ánimo que refieran los adolescentes.

Sería de gran importancia además de lo anterior aplicar la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar cuyas acciones son:
a) Acciones básicas: educación para la salud, prevención, detección de factores de riesgo, protección específica, saneamiento del medio, detección precoz del daño, atención al daño, rehabilitación.
b) Acciones de apoyo: planeación, capacitación, comunicación educativa.
c) Acciones de participación social: promoción, organización.

Considerando el perfil de los estudiantes de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón", desde el punto de vista preventivo, los padres pueden colaborar educando y reforzando el valor de la salud en casa. La organización de talleres que promuevan la comunicación entre padres e hijos resultaría necesaria, además de otras actividades donde las relaciones docente-alumno facilitaran un mayor acercamiento y generaran mayor confianza de los jóvenes para acercarse en caso de problemas. Otro eje importante sería la relación con lo padres y el ambiente estudiantil, ya que es uno de los entornos con mayor influencia en la formación de identidad, la convivencia escolar resulta ser un fecundo laboratorio de encuentros con los demás; el ambiente escolar representa un eje importante y materia prima para aprender aspectos básicos de socialización, como la participación responsable, la solidaridad, la amistad y los hábitos saludables.

El espacio escolar debe ser uno de los medios idóneos para procurar y formar estudiantes conscientes de su propia dignidad de personas, hábiles en la toma de decisiones responsables, fomentando en ellos el compromiso con su bienestar, el de su familia y el de su comunidad.

Los docentes pueden apoyar y favorecer un clima que propicie mayor cohesión y no tanta competitividad. Los cambios en las relaciones interpersonales de los estudiantes permiten aumentar la autoestima y tener actitudes positivas hacia la vida. A su vez, disminuir la depresión y la ansiedad favorecería un rendimiento escolar adecuado sin resultar perjudicial para la salud.

Lossíntomasdepresivosfueronsignificativamentereducidos y la conducta en la clase mejoró significativamente con el tratamiento del grupo en un reporte que evaluó la eficacia de un programa para prevenir el desarrollo de síntomas depresivos en escolares con técnicas de terapia cognitiva con el objeto de reducir los síntomas depresivos y dificultades relacionadas a problemas de conducta, bajo desempeño académico y baja competencia social[48].

La intervención con el modelo de resolución de conflictos constructivos incrementa el apoyo social y disminuye la victimización para los estudiantes[49]. El estudio de la frecuencia de los estados depresivos en los adolescentes de la escuela "Ricardo Flores Magón" y su asociación con la edad y el sexo, es significativa por sí misma, pues aporta gran información y posibilita estudiar su relación con otras variables, siendo las edades de 15 y 16 donde la frecuencia de los estados depresivos se incrementa.

Además de esto, las pláticas y talleres sobre problemas que aquejan a la adolescencia resultan necesarios no sólo para quienes cursen el área de biológicas sino para la población estudiantil en general. Se deben promover talleres de sexualidad, conferencias sobre trastornos alimenticios, talleres de terapias para combatir el estrés. El impulso al deporte es necesario ya que resultaría ser un medio para canalizar niveles de estrés y tensión que los jóvenes presentan por presiones escolares.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Alva R. 2002. Álvarez Alva, R. Salud pública y medicina preventiva, 3ª ed., editorial. manual moderno, 2002, México. OPS/OMS. Sistema de salud en Cuba
2. Fernando BA. Salud Integral para adolescentes y jóvenes. México Joven una visión interinstitucional, Nov-Dic. 2004: 6.
3. Promoción de la salud en instituciones educativas. Guía de implementación y organización. Pilar Mazzeti Soler.
4. Hernán G. La promoción de la salud en jóvenes españoles. Sal. Pub. Esp. 2003: pp. 20-28.
5. Calzadilla AR. Méndez LD Rev. Cub. Est. 1996.: Resultados de la fluoruracion del agua potable en 9 localidades del pais. Rev Cubana Estomatol 1992;29:20-26. ...
6. San Martín H, Martín SC, Carrasco JL. Epidemiología, Teoría, investigación y práctica. Madrid, Ediciones Díaz de Santos 1990: pp. 411-28.
7. Narey Ramos DB, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana, Edit. Pueblo y Educación, 1990: pp. 21-2.
8. Salleras SL. Educación sanitaria, Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Ediciones Díaz Santos, 1988: pp. 18-20.
9. VROOM, V. (1964). Work and motivation. New York Wiley.
10. Gilberto Leonardo Oviedo, La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt, Revista de Estudios sociales, no 18, agosto de 2004, 89-96
11. Disponible en http://www.monitorlegislativo.org/documentos/iniciativas/6887.doc. [visitado el 06 de enero del 2008].
12. Gutiérrez G.T, Pascacio B.E, De la Cruz P.A, et al. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev. Enf. IMSS 2002: 10(1); pp. 21-25
13. Del Barrio M, Mestre MV, Tur A, Samper P. La depresión infanto- juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. Rev. De Psicol. Gral y Aplic, 2004, 57 (1); pp. 5-20
14. Maddadelo M, Munist M, Serrano C et al. La Salud del adolescente y del joven. OPS Washintong, DC. publicación científica número 552. 1995.
15. Masson. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association Barcelona; 1995
16. Navas T, Salazar V, Márquez PL, La Rosa Z, cols. Factores de Riesgo y diagnóstico de salud del adolescente venezolano: estudio piloto. Medicina Interna, Caracas; 2001:17 (2), pp. 1-11.
17. Carreón V J. Mendoza SH. Pérez H C. Gil A I. Soler HE. González SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos de medicina familiar. septiembre-diciembre 2004: 6 (3); pp. 70-73
18. Ortiz A. Soriano A. Galván J. Meza D. Tendencias y usos de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México, Sistema de reporte de información en drogas. Salud Mental, abril 2005: 8(2)
19. Brook, S. 1990; Lishner y Catalana, 1984; Murray y Perry, 1984; Newcomb.
20. Shoshana B. Francisco J. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. Rev Saúde Pública 2005: 39(4); pp. 619-26.
21. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones. 1998. México, D.F. 2000.
22. Leyva-Jiménez et al. Depresión en. adolescentes. y funcionamiento. familiar. medigraphic.com salud al de estilos de vida sana. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232
23. Vázquez PE. Fonseca CI. Padilla Villareal JR. Diagnóstico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes

con intento de suicidios y sanos. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2005: 22(2); pp. 107-118

24. Méndez Ramírez.C. Capacitación en Salud Mental en Primer Nivel de Atención. Boletín Epidemiológico semana 45 Noviembre 2004
25. Disponible en www.http://paho.org/spanish/ad/fch/ [visitado el 06 de enero del 2008]
26. Santos PJ. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. Sal. púb. Méx. Cuernavaca 2003: 45(1).
27. Disponible en www.http://paho.org/spanish/HPP/H /[visitado el 06 de enero del 2008].
28. Hidalgo S A. Hernández PB. Salud Pública de México Rev. INSP Méx. 2003: 45(1); pp. 1-2.
29. Aguirre BF. Salud Integral para adolescentes y jóvenes. México Joven una visión interistitucional. Nov-Dic. 2004:6
30. Pérez SE. Vega LA. Romero J G. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? Sal. Pub. Mex. 2007: 49; pp. 52-62.
31. Taylor SJ. Bodgan R. Introduccion a los métodos cualitativos de investigación. España Barcelona 3ª Impresión, Ediciones Paidós Iberica, S.A. 1996.
32. Hernández GH. Granados LM. Una aproxiamcion al análisis cualitativo, UV. Enseñanza e investigación en psicología. Xalapa, Veracruz; Mexico. Jul-Dic 1988: 3(2); pp. 89-101.
33. Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid:
34. Tarrés M. Observar, Escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social, Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales. Ed. Porrua, El Colegio de México, FLASCO, México; 2001.
35. Lilly Relaciones Públicas y Comunicación Corporativa. Disponible en www.unicef.org/mexico/spanish/mx_media_center_PR_Lilly_2006-281106.pdf
36. Lang. M. Tisher. M. CDS-Cuestionario de depresión para niños. Madrid: TEA. 1997.
37. Departamento de Reproducción Humana, crecimiento y Desarrollo Infantil, División de Disciplinas Clínicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Departamento de Psicopatologia. Universitat Rovira Virgili, Tarragona, España.
38. Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. Psicol. esc. educ. Cam pinas; Jun. 2001: 5(1).
39. Disponible en http://nsmc.staywellsolutionsonline. com/EnEspanol/RelatedItems/85,P03846 [visitado el 06 de enero del 2008]
40. Disponible en http://hugoherci.wordpress. com/2007/06/ [visitado el 06 de febrero del 2008].
41. Verónica Barrera Aldana y colaboradores en su trabajo "Determinación de los factores de riesgo para la depresión en adolescentes
42. Lang. M. Tisher. M. CDS-Cuestionario de depresión para niños. Madrid: TEA. 1997.
43. French, Conrad y Turner 1995.
44. Rothenberg. D. Supporting Girls in Early Adolescence. ERIC Digest. ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education, Urbana, Il. 1995.
45. Rubén Escribá Quijada y colaboradores en un estudio del centro de salud universitario zona IV.
46. Contreras DM. Valverde M. Mariano CS. Aspectos de la infección urinaria en el adulto. Rev Cubana Med Gen Integr, Ene.-Feb. 1998: 14(1); pp. 67-73..
47. Nancy YM. Infección de la vía urinaria inferior. Guías para manejo de urgencias. Colombia. 2003
48. Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman 1994.
49. Dr Xiaorui Zhang. Coordinator. Traditional Medicine. Department of Technical Cooperation for ... 1998; Fisher P & Ward A, 1994; Health Canada, 2001

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal académico y administrativo del Instituto de Salud Pública

Asesores internos:
Mtra. Cristina Ortiz León
Dr. Jaime Morales Romero

Lic. Alejandra Pensabé
Directora de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón"
Dr. César Augusto del Angel
Asesor externo

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES Y SUS FAMILIAS DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA INDUSTRIAL No. 3: UN ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO

Aarón Humberto Cruz del Castillo
Oscar Hiroshi Takahashi Velásquez
Asesor interno: Dr. Jaime Morales Romero
Asesor externo: Dra. Nora Díaz Velarde

1. RESUMEN

Introducción: El diagnóstico de salud es una investigación que se realiza con poca frecuencia en las escuelas. El contar con una investigación de este tipo podría proporcionar elementos para identificar áreas de oportunidad en la mejora de la salud de los adolescentes y sus familias.

Objetivo: Evaluar el estado de salud de la población estudiantil de la ESTI3 y de sus familiares a través de la identificación de los daños, los factores que los determinan, los recursos disponibles para la salud y la perspectiva de los actores sociales de la escuela.

Metodología: Estudio cuanti-cualitativo. Para el abordaje cuantitativo, se utilizó un sistema de muestreo aleatorio simple estratificado por conglomerados. Se aplicó un cuestionario estructurado. Para el cualitativo se realizaron entrevistas focalizadas individuales y colectivas a los actores sociales de la escuela seleccionados: directivos, prestadores de servicio y alumnos. Plan de análisis: incidencia, prevalencia, estimación de riesgos.

Resultados: Se encuestaron a 272 adolescentes con sus respectivas familias. Se obtuvo información de 1149 personas. La identificación de daños a la salud fue la siguiente: Incidencia acumulada: infección respiratoria aguda en menores de 5 años y en el adulto mayor, 55 por ciento y 34.8 por ciento, respectivamente. Enfermedad diarreica aguda en < 5 años, 27.3 por ciento. Infección de vías urinarias en mujeres > 15 años, 2 por ciento. Prevalencia: hipertensión 7.5 por ciento, diabetes 3.9 por ciento, alcoholismo 5 por ciento general en los alumnos 27 por ciento, prevalencia de tabaquismo 10.7 por ciento, para adolescentes 11.1 por ciento, depresión en alumnos 41 por ciento

Conclusiones: El estado de salud de los adolescentes y sus familias tiene características propias que merecen ser atendidas. Se requieren estudios de seguimiento para evaluar el impacto de las propuestas de solución en esta población.

2. INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de salud es un tipo particular de investigación cuyo objetivo es conocer el estado de salud-enfermedad de la población estudiada[1].

Es resultado de un estudio esencialmente epidemiológico, el cual se presenta como un documento cuyos datos son científicamente analizados y sirven para fundamentar las acciones para la prevención y control de las enfermedades, y con ello mejorar los niveles de bienestar social, individual y general de la población estudiada.
El diagnóstico de salud antecede a cualquier programa de atención médica, pues también determina alternativas para la solución de los problemas de salud[2].

El diagnóstico de salud puede comprender sólo una familia, cualquier grupo o todo un estado, una institución o toda una nación[2]. Para nuestro estudio delimitaremos el diagnóstico de salud a los estudiantes y sus familias de una escuela secundaria.

Según la aplicación que se le quiera dar, puede ser la investigación de las causas de enfermedad y muerte o profundizar sobre estadísticas de mortalidad, morbilidad y factores condicionantes, ya sean psicológicos, económicos y políticos, así como indicadores no solo del daño a la salud, sino también, del bienestar.

Este diagnóstico de salud consta de las siguientes secciones:

- Marco referencial
- Formulación del problema
- Objetivos
- Metodología
- Resultados
- Discusión y propuesta

Este estudio es el resultado de la convergencia de diferentes metodologías, ya que incluye un enfoque

cuantitativo y cualitativo. Como resulta evidente, los diagnósticos de salud, utilizan una serie de herramientas metodológicas e indicadores de índole epidemiológico, lo que corresponde a investigación cuantitativa. Sin embargo, en este trabajo, se ha decidido incorporar la perspectiva de algunos de los actores sociales involucrados en la sede del estudio, es decir, de la Escuela Secundaria Técnica Industrial 3 (ESTI3) tales como directivos, prestadores de servicio y alumnos. Con esto se pretende tener una visión integral del principal objeto de estudio: el estado de salud de los adolescentes y sus familias.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Argumentación teórica

Cuando hablamos de un diagnóstico de salud, nos referimos a una forma particular de hacer investigación. Como plantean varios autores, el diagnóstico de salud es un estudio epidemiológico, del cual se deriva un producto en forma de documento cuyos datos, son sometidos al rigor analítico ya que sirve para justificar acciones preventivas y de control de los daños a la salud[1, 2]. En otras palabras, el diagnostico de salud además de generar conocimientos nuevos debe proponer la aplicación de los mismos en aras de resolver problemas de salud pública específicos. Por lo que es de esperarse, que una investigación de este tipo contribuya en parte a mejorar los niveles de bienestar, y utilidad social individual y colectiva de la población estudiada[2].

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala en su iniciativa la Salud Pública en las Américas, "El concepto de salud pública no hace referencia solamente a la salud de la población, sino también a la salud generada por la población". En este sentido, el primer actor de la salud pública es la población organizada, es esta sociedad quien de forma directa o a través de las instituciones de su estado o a través de sus redes organizaciones y redes sociales procura la protección de su salud[3].

En 1992 la OPS define al Diagnóstico de Salud como: "el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de intervenciones o programas apropiados y la evaluación de su impacto"[4].

Dado que la finalidad de un diagnóstico de salud es conocer el estado de salud de una población en particular[1]; es necesario entonces definir qué se entiende por el concepto de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta se define como "el completo bienestar, físico, mental y social de los individuos y no solamente la ausencia de enfermedad". Esta definición propuesta en 1946[5], muy útil en su momento, ha sufrido una serie de críticas a lo largo del tiempo por diversos autores, dado que no queda claro qué debe entenderse por "completo bienestar".

Por lo que para algunos autores el concepto de salud no puede surgir de abstracciones o subjetivismo, sin relación con las necesidades humanas, sino como un proceso: el Proceso Salud-Enfermedad (PSE) determinado por múltiples causas y que puede definirse como: "un proceso en la vida de los hombres, relacionado con su bienestar físico, mental y social, que es individual, particular o colectivo global, dinámico, variable y consecuencia de múltiples factores que, según sus efectos, pueden ser positivos o negativos"[4].

De manera alterna, es evidente que la salud es un estado difícil de alcanzar por ser el resultado de la conjunción de diversos factores. Por eso, un diagnóstico de salud que se precie de ser completo, debe incluir la identificación de variables de diversa índole (demográfico, económico, social, epidemiológico, etc.), que permitan entender el estado de salud actual de la población estudiada.

Una controversia en el desarrollo del diagnóstico de salud es la dificultad que implica identificar indicadores de salud, ya que estos son difíciles de elaborar y no son comúnmente empleados. En contraste, es muy frecuente, encontrar en este tipo de investigaciones, indicadores de enfermedad, de tal suerte que, el diagnóstico de salud se convierte en realidad en un "diagnóstico de enfermedad de la población estudiada". Por ello, una parte muy importante de los resultados que debe arrojar el diagnóstico de salud son la identificación de los daños, estos son: la enfermedad y la muerte, los que en conjunto son abordados como morbilidad y mortalidad, respectivamente.

3.2. Argumentación empírica

Al ser las escuelas instituciones que ofrecen servicios de educación, no es frecuente que se elaboren en ellas diagnósticos de salud. En la ESTI3 esto no es la excepción ya que no existen antecedentes de ello. Esto llama la atención si consideramos que la NOM 009 de la Secretaría de Salud, establece que "son funciones de las instituciones de salud realizar acciones preventivas

de salud en las escuelas", por lo que el diagnostico de salud podría entonces ser, el punto de partida para implementar estos programas preventivos con un grado mayor de impacto.

No obstante, ante la ausencia de estudios de diagnóstico previos, es posible consultar investigaciones realizadas en nuestra población blanco: "los y las adolescentes". Al respecto, el sistema de vigilancia epidemiológica de los Servicios de Salud de Veracruz del 2006, reportan que los principales daños en el grupo de adolescentes de Xalapa Ver; fueron: las infecciones respiratorias agudas (IRAS), las enfermedades intestinales por otros microorganismos y las mal definidas, ascariasis, úlceras, gastritis y duodenitis, asma y estado asmático; y las causas de mortalidad en orden descendente fueron: accidentes, leucemias, homicidios, nefritis y nefrosis, tumores malignos, infecciones respiratorias bajas (neumonías), enfermedad isquémica del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidentes cerebro-vasculares.

La Salud Pública ha sido definida como la ciencia para prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física por medio de esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento del ambiente.

Actualmente un reto de la Salud Pública es proponer alternativas y estrategias que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones y a ejercer su derecho a la protección de la salud.

Para lograr este objetivo es necesario identificar los indicadores que nos revelen el estado de salud-enfermedad de la población, así como a los indicadores de los factores de riego asociados con los padecimientos más frecuentes[6].

Estos indicadores son una parte muy importante del diagnóstico de salud los cuales permiten identificar cuáles son aquellos daños que deben de ser atendidos de manera prioritaria. La priorización de daños es una estrategia metodológica para la búsqueda intencionada de factores de riesgo que permitan establecer propuestas de solución.

En este estudio se hizo una priorización de los daños a la salud de las poblaciones estudiadas en varias sedes de la ciudad de Xalapa por equipos de trabajo, fueron priorizadas, las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas (EDAS), las enfermedades crónico-degenerativas, las infecciones de vías urinarias, alcoholismo, tabaquismo, accidentes, etc.

García R. (1993) menciona que con los diagnósticos situacionales, se han podido identificar las causas de problemas cuya solución es viable, derivándose de estos la planeación, organización y ejecución de acciones dirigidas a mejorar el estado de salud.[7]

Al respecto, los diagnósticos de salud son diagnósticos que describen la situación del estado de salud-enfermedad de una población.

Como ejemplo de lo anterior, podemos mencionar a continuación los resultados más sobresalientes de algunos diagnósticos situacionales de salud.

Como resultado de un exhaustivo estudio realizado a cerca de 200 mil personas en casi 50 mil hogares, la Secretaría de Salud presentó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), En 2000 el 59.3 por ciento de la población carecía de cobertura de salud; actualmente el porcentaje se redujo a 51.4 por ciento gracias, entre otras cosas, al Seguro Popular que cuenta con una penetración de 10.8 por ciento a nivel nacional. En el área de vacunación, se observaron logros importantes en la cobertura al año de edad de BCG, Sabin y Pentavalente. Los resultados nacionales señalan que 96.8 por ciento de los niños de un año cuentan con la vacuna BCG, una proporción similar (96.1 por ciento) tiene Sabin y 92.9 por ciento la Pentavalente.

En lo que corresponde a la detección temprana de enfermedades crónicas, los incrementos fueron de 31.7 por ciento para el *Papanicolaou*, 71.4 por ciento para mamografías, 126.1 por ciento para diabetes y 69.1 por ciento para hipertensión.

La ENSANUT 2006 arrojó información relacionada con el estado nutricio de los niños y adultos en México, el estado de salud de la población mexicana, la prevalencia de padecimientos crónicos e infecciosos, la percepción sobre la calidad y la respuesta de los sistemas de salud estatales.

Existe una elevada tasa de embarazos en adolescentes, si bien se detuvo la tendencia ascendente y este grupo ha mejorado las prácticas anticonceptivas, incluyendo el uso del condón.

En el grupo de los adultos se produjeron indicadores que representan un enorme reto para el sector salud, incluyendo una prevalencia de hipertensión superior al 50 por ciento y de hipercolesterolemia (colesterol alto) cercana al 20 por ciento, ambas para mayores de 60 años.

También se detectó a 3.2 millones de personas con diagnóstico médico de diabetes y que existen grandes problemas con el tratamiento de esta enfermedad. Si bien se observa una cobertura adecuada en relación con la utilización de medicamentos -superior al 80 por ciento en todos los sectores- la mayoría de los diabéticos no sigue una dieta apropiada ni realiza actividades físicas. Estos dos elementos son claves para un buen tratamiento de este padecimiento.

Por otro lado, los datos recabados en la encuesta mostraron que: casi dos millones de diabéticos tienen problemas de visión, cerca de 300 mil padecen úlceras en miembros inferiores y 105 mil han sufrido amputaciones.

Se detectó un descenso generalizado de anemia entre 1999 y 2006, pero las prevalencias son aún altas en niños y mujeres, por lo que habrá que redoblar esfuerzos para llegar a las metas de 7 por ciento en menores de 5 años, 5 por ciento en escolares y 8 por ciento en mujeres en edad fértil.

Un problema de salud significativo en México es la obesidad, ya que la ENSAUT 2006 detectó aumentos generalizados en niños, adolescentes y adultos. Los mayores aumentos relativos fueron en niños en edad escolar, mientras que las prevalencias de obesidad entre adultos están entre las más elevadas del mundo.

A la adolescencia se le ha considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, sin embargo, cada vez existe más evidencia de que lo que sucede en estos años de vida impacta la salud y afecta a las personas con el paso del tiempo.1 Aún cuando la morbimortalidad es baja, los adolescentes, por diversas circunstancias ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan conductas que constituyen factores de riesgo. Entre las conductas de riesgo, que a su vez pueden constituir daños a la salud en la vida adulta se encuentran: tabaquismo, alcoholismo, prácticas de sexo inseguro, exposición a ambientes peligrosos y violentos, conductas que asociadas potencializan la probabilidad de que los adolescentes se enfrenten a accidentes o al suicidio, entre otros[8].

En un estudio realizado en Argentina, se registró una diferencia regional de mortalidad infantil y cierta relación entre analfabetismo y morbimortalidad[9].

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Argumentación o justificación

Los adolescentes constituyen un grupo etáreo vulnerable a diversos problemas de Salud Pública como por ejemplo depresión, alcoholismo y tabaquismo. Muchos de estos tienen gran repercusión para la vida futura de los y las adolescentes y sus familias.

Es por ello que consideramos que un diagnóstico de salud debería ser realizado en lugares diferentes a las unidades de salud, las cuales tradicionalmente son el blanco de este tipo de investigaciones tales como las escuelas. Sin que se hayan considerado otras áreas de oportunidad. Este trabajo ha sido enfocado a un grupo particular de adolescentes, todos ellos estudiantes de una escuela secundaria los que serán junto con sus familias la unidad de análisis de nuestro trabajo.

En contraste con otros diagnósticos de salud tradicionales, en nuestro estudio, se ha incorporado un abordaje bimétodo es decir cuantitativo y cualitativo, ya que además de medir el estado de salud-enfermedad queremos incorporar la percepción de los actores sociales involucrados a fin de que las recomendaciones y estrategias de solución propuestas sean exitosas.

En el caso particular de la Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 3 (ESTI3), de la ciudad de Xalapa, Ver., desde su fundación hasta la fecha, no se ha realizado ningún diagnóstico de salud de la población estudiantil. Por lo que consideramos que esto representa un área de oportunidad para mejorar la salud de los adolescentes y sus familias.

4.2. Escenario del diagnóstico

La ESTI3 es una institución que ofrece servicios de educación secundaria. Esta pertenece a la Secretaría de Educación Veracruz y está ubicada en la ciudad de Xalapa, Ver. Adicionalmente, además de la educación secundaria se oferta capacitación a nivel técnico que permita al alumno realizar en su vida futura una actividad técnica dentro de la industria. El diagnóstico de salud, es dirigido hacia los alumnos del turno matutino y sus respectivas familias.

4.3. Preguntas de investigación

4.3.1 Cuantitativa

¿Cuál es el estado de salud que guardan los estudiantes

y sus familias de la Escuela Secundaria Técnica Industrial Nº 3 y los factores que lo determinan?

4.3.2 . Cualitativas

Al Directivo: Secundaria Técnica Industrial Nº 3
¿Cuáles son los retos que en términos de salud tiene que resolver la dependencia?

Al prestador de servicio:
¿Cuáles son los problemas que percibe el prestador de servicio acerca de la salud de los estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica Industrial Nº 3?

A los usuarios:
¿Cuál es el valor que le da la población adolescente de la Escuela Secundaria Técnica Industrial Nº 3 a su salud?

5. OBJETIVOS

5.1. General

Evaluar el estado de salud de la población estudiantil de la Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 3 y de sus familias a través de la identificación de los daños, los factores que los determinan, los recursos disponibles para la salud y la perspectiva de los actores sociales de la escuela.

5.2 Específicos

5.2.1. Cuantitativos

1. Describir las características sociodemográficos de los adolescentes de la ESTI 3 y sus familias.
2. Identificar los principales daños a la salud (enfermedad y muerte) de la población estudiantil y sus familias de la ESTI 3.
3. Identificar los factores de riesgo para los daños priorizados de dicha población.
4. Con base en los resultados proponer estrategias relacionadas con la protección de la salud de los adolescentes y sus familias.

6. METODOLOGÍA

6.1. Abordaje Cuantitativo

6.1.1. Tipo de estudio y diseño

Estudio observacional, transversal, descriptivo, y único [10]

6.1.2 Descripción del universo y muestra

Universo

• Población estudiantil del turno matutino de la Escuela Secundaria Técnica N° 3 y sus familias.

Tamaños del universo. 833 alumnos-familias

Criterios de inclusión

Alumnos matriculados en el turno matutino de la escuela secundaria técnica industrial No.3 durante el periodo escolar agosto 07- julio08.

Criterios de exclusión

Alumnos o padres que no contesten el cuestionario que contesten parcialmente.

Cálculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se aplicó la formula:

$$n_0 = \frac{Z^2 P (1-P)}{d^2}$$

En donde

n_o : muestra inicial

Z : coeficiente de confianza del 95 por ciento = 1.96

P: proporción estimada de la variable de interés en la población (en este caso de calculó con 0.5 para obtener el tamaño de la muestra máxima 1-p = (1-0.5) = 0.5

d = nivel de precisión de .05 tiene que ver con la amplitud del intervalo de confianza. Para ver el proceso de sustitución (ver anexo 1).

Técnica de muestreo

Una vez obtenido el tamaño de la muestra se procedió a realizar un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados. Fueron seleccionados 2 grupos de cada grado escolar, a través de técnica de sorteo se escogieron al azar los grupos A y C de primer grado, los grupos B y C de segundo grado y B y F de tercer grado. En la tabla 1 se muestran los resultados de esta selección:

Tabla 1. Tamaño muestral por estratos

Estrato	grupos	No. de alumnos
Primero	A , C	92
Segundo	B , C	90
Tercero	B , F	90
Total		272

6.1.3. Priorización de daños

6.1.3.1. Aspectos básicos

Definición: la priorización de daños consiste en establecer un orden de importancia de las diferentes patologías que afectan una población.

Para este trabajo únicamente se utilizarán magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

Debe hacerse porque:
- El número de causas de morbilidad y mortalidad oscila alrededor de 1000 causas diferentes (CIE 10).
- Investigar y atender todas ellas implicaría disponer de tiempo y un sin número de recursos.
- Es importante optimizar los recursos (tiempo y recursos financieros)[a].

6.1.3.2. Criterios de priorización

Para la priorización se emplean diversos criterios, mecanismos e indicadores. En este trabajo se emplean: la magnitud, la trascendencia, la vulnerabilidad, la factibilidad y la viabilidad. Estos dos últimos son para plantear alternativas de solución. Los indicadores para estos criterios de priorización son: magnitud tasa específica de morbilidad ó mortalidad; trascendencia; los años de vida potencialmente perdidos, para vulnerabilidad razón estandarizada de mortalidad.

6.1.3.3. Proceso de priorización y resultados

Como no existían registros de los daños a la salud de los alumnos de la escuela, se decidió tomar como referencia a los registros de morbilidad y mortalidad de los Servicios de Salud de Veracruz de los grupos quinquenales de 10 a 14 y 15 a 19 años de edad de la población de Xalapa esto debido a que es la población que más se asemeja a la estudiada. Una vez obtenidos esos datos (morbilidad y mortalidad) se hizo un ejercicio de ajuste de tasas comparando frecuencias de daños de la población de estos grupos etáreos de la ciudad de Xalapa con las del estado de Veracruz para poder calcular la razón estandarizada de mortalidad y de morbilidad y así obtener este ultimo indicador para priorizar. Para priorización de mortalidad la puntuación se obtuvo multiplicando la tasa de mortalidad especifica por los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por la razón estandarizada de mortalidad (REM); y para morbilidad multiplicando la tasa especifica de morbilidad por la razón estandarizada de morbilidad. En el anexo 2 se muestran los resultados de dicha priorización de daños.

En morbilidad en primer lugar como daño priorizado fueron las infecciones respiratorias agudas (IRAS), en 2° lugar las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas en tercer lugar las ascariasis, en cuarto lugar las úlceras, gastritis y duodenitis, en quinto lugar asma y estado asmático (ver anexo 2).

En cuanto a mortalidad el primer daño priorizado fueron los homicidios, en segundo lugar las leucemias en tercer lugar los accidentes en estos se incluyen los automovilísticos, peatonales etc, en cuarto lugar las nefritis y nefrosis, en quinto lugar los tumores malignos, en sexto lugar las infecciones respiratorias bajas (neumonías), en séptimo lugar las enfermedades isquémicas del corazón, y por ultimo en octavo lugar de mortalidad priorizada, los eventos vasculares cerebrales.

A través de los informantes clave de la escuela se priorizó el daño sentido es decir la omisión de cuidados debido a que la informante clave en este caso la trabajadora social, la responsable del servicio médico y la psicóloga de la escuela coincidieron en que muchos de los estudiantes de la escuela no reciben los suficientes cuidados por parte de sus padres. Otros equipos de trabajo priorizaron daños de acuerdo a la población que les fue asignada para realizar su diagnóstico de salud, estos daños que se mencionan más adelante, se utilizaron para la construcción del instrumento (cuestionario) que se aplicó, en nuestro caso, a los padres o tutores.

6.1.4. Define las variables e indicadores para el análisis

6.1.4.1. Análisis cuantitativo

6.1.4.1.1. Demográfico

Edad: son los años que tiene el sujeto investigado desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Sexo: condición biológica que distingue a los individuos en hombres ó mujeres.
Crecimiento natural: diferencia entre el número de nacimientos y muertes de una población en un periodo de tiempo determinado, éste se calcula a partir de los nacimientos y defunciones ocurridas durante un mismo periodo de tiempo.

Lugar de residencia: se refiere a la localidad donde habitualmente reside una persona. (ver anexo 3)

6.1.4.1.2. Epidemiológico

Dado que existen diferentes medidas para el análisis epidemiológico, de la morbilidad y mortalidad como las medidas epidemiológicas más convenientes para

[a] *Comunicación directa Elsa Ladrón De Guevara sesión de clase 10 de octubre del 2007.*

el presente estudio, entendiéndose la primera como el alcance de la enfermedad, lesión ó discapacidad en una población dada; y la segunda, como el número de defunciones ocurridas en una población en un periodo de tiempo determinado (ver anexo 3). Las medidas epidemiológicas empleadas fueron: Incidencia acumulada, prevalencia e indicadores de riesgo.

Se obtuvo la incidencia acumulada para las siguientes enfermedades: infecciones respiratorias agudas (IRAS), enfermedades diarreicas agudas (EDAS) e infección de vías urinarias (IVUS)

La prevalencia se obtuvo en hipertensión arterial (HA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), Alcoholismo, depresión y omisión de cuidados. Con respecto a la mortalidad se obtuvieron para las siguientes enfermedades: diabetes mellitus, cirrosis, infarto al miocardio, Hipertensión Arterial y accidentes de tráfico.

6.1.4.1.3. Recursos, servicios y programas de salud

Como se trata de una institución educativa el servicio que ofrece básicamente es educación básica (secundaria).

En cuanto a servicios de salud existe una médico para atender urgencias que se presenten dentro de la escuela y una psicóloga para orientación y apoyo de los alumnos.

6.1.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.1.5.1. Presentación y descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

6.1.5.1.1. Instrumentos utilizados en la recolección de la información

Para el enfoque cuantitativo de este estudio se diseñaron 2 instrumentos auto aplicables:
1) Para los padres de familia: consta de 151 preguntas y 2) para los alumnos muestreados consta de 59 preguntas. El primero contiene datos demográficos y epidemiológicos de los alumnos y sus familiares y el segundo cuestionario con preguntas para evaluar el daño sentido (depresión y omisión de cuidados). El cuestionario para padres tiene los siguientes apartados:

Identificación. Este apartado se encuentra en la primera hoja e incluye el folio del cuestionario, presentación, dirección del encuestado, tipo de localidad, así como tiempo que duró la entrevista y fecha de aplicación.

Características demográficas
A partir de la segunda hoja se incluye el sexo, edad, derecho habiencia, antecedentes hereditarios de diabetes o hipertensión del encuestado y los que viven con él en esa vivienda.

Para 12 años cumplidos y más
- Primera parte

Incluye población económicamente activa, nivel de escolaridad y tabaquismo del encuestado y los que viven con él en esa vivienda.
- Segunda parte

Incluye sólo preguntas sobre alcoholismo del encuestado y los que viven con él en esa casa.
- Tercera parte

Incluye actividad física y obesidad del encuestado y los que viven con él en esa casa.

Defunciones. En este apartado en caso de que el encuestado refiera tener un familiar muerto del 2000 a la fecha, se solicita la edad, sexo, motivo de la muerte y si padecía obesidad, alcoholismo y tabaquismo el fallecido.

Características de la vivienda
Incluye material con el que está hecho la vivienda, si cuenta con drenaje, agua potable, electricidad, sanitarios, cuartos para dormir, cocina exclusiva, almacenamiento de basura, nivel económico.

Mujeres mayores de 15 años
Este apartado incluye preguntas que contesta el entrevistado o entrevistada por las mujeres mayores de 15 años que viven en su casa, excepto dos preguntas que son exclusivas para las entrevistas con mujeres en caso de que tenga una pareja.
Accidentados
Incluye a personas accidentadas por un vehículo de motor o muertos por esta causa, si consumían alcohol al manejar, exceso de velocidad, si el accidentado o muerto era el conductor en el momento del accidente, marca de automóvil, mantenimiento del auto y fecha del accidente.

Conductores
En estas preguntas se busca conocer si los conductores usan cinturón de seguridad, velocidad a la que manejan, marca de los vehículos y frecuencia del mantenimiento de la unidad.

En el caso particular de la ESTI3, además del cuestionario general utilizado por las demás sedes, se elaboró un cuestionario complementario relacionado con la morbilidad sentida (omisión de cuidados y depresión).

6.1.5.2.1. Validación de los instrumentos

Antes de aplicar los instrumentos definitivos se realizaron pruebas pilotos a los padres y alumnos de la escuela que no estaban incluidos para el muestreo definitivo, esto con la finalidad de probar la viabilidad de los instrumentos y evitar en la mayor medida posible sesgos en el registro de los datos (ver anexo 4 y 5).

Para la validación de los instrumentos cuantitativos se llevó a cabo una prueba piloto para identificar sesgos en los cuestionarios y hacer las correcciones pertinentes, una vez que se hicieron estas correcciones conjuntamente con los asesores interno y externo se decidió aplicar en forma definitiva dichos instrumentos (para padres y alumnos).

Para la validación de los instrumentos cualitativos se realizaron pruebas piloto con las tres variables discursivas estudiadas (personal directivo, prestadores de servicio y alumnos); se entrevistaron algunos directivos, prestadores de servicio y alumnos; posteriormente se llevó a cabo la revisión de las entrevistas realizadas conjuntamente con el asesor interno del ISP para hacer las correcciones pertinentes y así se tomó la decisión de aplicar estas entrevistas en forma definitiva.

6.1.5.2.2 Resultados de la prueba piloto

Como se menciona en párrafos anteriores se elaboraron dos instrumentos, uno para los alumnos y otro para los padres ó tutores, los cuales fueron aplicados a un grupo de alumnos y de padres de familia (10 cuestionarios) para evaluar los resultados y estos fueron revisados por alumnos y personal docente del ISP, y una vez corregidos se consideró que tanto los instrumentos como el plan de investigación permitirán cumplir con los objetivos propuestos por lo que se decidió iniciar con el trabajo de campo.

6.1.6. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la Información

6.1.6.1. Descripción de los procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Una vez obtenidos los cuestionarios de los padres y de los alumnos se construyó una base de datos en el programa SPSS 15.0 y se capturaron los cuestionarios contestados, primero los de los alumnos para valorar omisión de cuidados y depresión, posteriormente se capturaron los cuestionarios aplicados a los padres en este mismo programa con una base de datos adecuada a este cuestionario.

6.1.6.2. Indicadores utilizados para la descripción
Frecuencias y porcentajes

6.1.6.3 Técnicas para el análisis de la información

Cálculo de estimadores puntuales (RR riesgo relativo y OR razón de momios).
Cálculo de estimadores por intervalos (intervalo de confianza para OR y RR).
Tablas de doble entrada.
Gráficas de sectores.
Gráficas de barras.

6.2 Abordaje cualitativo

6.2.1. Tipo de estudio y diseño

Esta investigación responde a un estudio de tipo descriptivo, interpretativo e inductivo[11 12]. En el que se procura saber a partir del discurso de los actores y observación de sus acciones su perspectiva y opinión sobre su estado de salud.

Esto se pretende lograr mediante la aplicación de técnicas cualitativas de obtención de datos (entrevista focalizada individual y grupal, y observación de campo y diario).

Estas técnicas se aplicaron en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2007. Las entrevistas se aplicaron a la muestra seleccionada.

6.2.2. Descripción del universo y muestra

Para el enfoque cualitativo el universo de estudio son aquellos grupos o subgrupos que componen la escuela (estudiantes, personal académico, alumnos).Como alumno se entiende a todos los estudiantes matriculados en la escuela, como personal académico se entiende a directivos [b]y prestadores de servicio [c] de la escuela.

[b] *Entendemos por directivo cualquier miembro que detente un cargo de gobierno en la escuela.*

[c] *Entendemos por prestador de servicio a personal docente ó personal de apoyo a la enseñanza.*

Se buscaron para las entrevistas informantes de acuerdo con los siguientes criterios de selección:

Alumnos matriculados en el ciclo escolar 2007-2008 en los turnos matutinos y directivos y prestadores de servicio con más de 5 años de antigüedad en el puesto.

Los actores sociales de la escuela, es decir se investigó la perspectiva de alumnos, prestadores sociales y directivos. Se diseñaron guías de entrevista para directivos, prestadores de servicios, y alumnos se aplicaron pruebas piloto inicialmente también para descartar sesgos en dichas entrevistas. Se seleccionaron a los participantes de las entrevistas como algunos, directivos, prestadores de servicio que tienen más de 5 años de antigüedad en la dependencia. Los alumnos fueron dos por cada grado escolar[13].

6.2.3. Definición de variables

Para el estudio cualitativo fueron construidos conceptos y subconceptos que nos permitieran estudiar las variables discursivas de los sujetos entrevistados[15] establecen que nuestro enfoque se orienta hacia el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian. Así, los conceptos sociológicos se emplean para iluminar rasgos de los escenarios o personas estudiados y para que faciliten su comprensión. Ahora bien, los hallazgos deben presentarse cómo un conjunto de conceptos interrelacionados y no solo como una lista de temas. Estas construcciones, no tan solo reducen los datos a conceptos, si no que los convierte en afirmaciones de relación que pueden utilizarse para explicar lo que ocurre, en un sentido general. Una vez que tuvimos los conceptos, fueron creados los subconceptos lo cual nos ayudó a entender las variables discursivas de los actores sociales involucrados en este caso directivos, prestadores de servicio y alumnos de la escuela. En el primer caso se eligió el concepto de reto, para los prestadores de servicio el concepto utilizado fue el de percepción, y para los alumnos el concepto de valor (ver cuadros 2-5)

Cuadro 2. Conceptos y subconceptos de salud.
Usuario

Concepto	Subconcepto	Definición
Salud	Salud social	Todo lo que haga referencia a las relaciones armónicas con otras personas y a la adaptación en los Ambientes: familiar, laboral, educativo, de amistades.
	Enfermedad física	Todo lo que haga referencia al deterioro temporal o progresivo y mal funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo.
	Enfermedad psicológica	Todo lo que haga referencia a afecciones o síndromes conductuales, intelectuales, de pensamiento, emocionales e inadaptación social.

Cuadro 3. Conceptos y subconceptos: reto
Directivos

Conceptos	Definición teórica	Definición operacional	subconceptos	
Reto	Cosa difícil que alguien se propone como objetivo. Objetivo o empeño difícil de llevar a cabo y que constituye por ello un estimulo y un desafío para quien lo afronta (diccionario de la lengua española, http:buscon.rae. es/drael)	Objetivos o metas que se proponen alcanzar los directivos de la institución para mejorar el estado de salud de los estudiantes	Cultura	La cultura se refiere al modo de vida que aprenden, comparten y transmiten de una generación a otra los miembros de una sociedad.
			Salud física	todo lo que haga referencia al buen funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo
			Salud psicológica	Todo lo que hace referencia a pensamientos, conductas, emociones, sentimientos y valores que indiquen satisfacción bienestar o plenitud.
			Salud psicológica	Todo lo que hace referencia a pensamientos, conductas, emociones, sentimientos y valores que indiquen satisfacción bienestar o plenitud.
			Salud social	Todo lo que haga referencia a las relaciones armónicas con otras personas y a la adaptación en los ambientes: familiar, laboral, educativo, de amistades.

Cuadro 4. Conceptos y subconceptos: persepción
Prestador de servicios

Concepto	Definición teórica	Subconceptos	Definición
Percepción	Sensación interior que resulta de una impresión material, conocimiento ideas. Interpretar la información proveniente de su entorno http/scielohpp	Salud	La salud es un estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad o de invalidez.
		Salud física: S f	odo lo que haga referencia al buen funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo
		Salud psicológica: Sp	odo lo que haga referencia a pensamientos, conductas, emociones / sentimientos y valores que indiquen satisfacción, bienestar o plenitud.
		Salud social: Ss	Todo lo que haga referencia a las relaciones armónicas con otras personas y a la adaptación en los ambientes familiar, laboral, educativo, de amistad.
		Enfermedad física: Ef	Todo lo que haga referencia al deterioro temporal o progresivo y mal funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo.
		Enfermedad psicológica: Ep	Todo lo que haga referencia a afecciones o síndromes conductuales, intelectuales, de pensamiento, emocionales e inadaptación social.14

Cuadro 5. Conceptos y subconceptos: ESTI3

Concepto	Definición Teórica	Subconceptos	Definición
Valor	La importancia atribuida a las cualidades de un fenómeno y objeto de interés que lo clasifica. El individuo interpreta el significado de un fenómeno u objeto de interés para otorgarle valor. Los valores , son sentimientos enraizados en los miembros de una sociedad, que generalmente señalan las pautas de acción y de comportamiento de los individuos	Necesidades primarias Vane	Todas las necesidades fisiológicas que el ser humano tiene que satisfacer, por ejemplo, el alimento, el vestido, la vivienda.
		Necesidades emocionales VAps	Como el afecto y la salud, satisfacen en gran medida estas necesidades.
		Necesidades sociales Vaso	Es cuando el núcleo familiar ya no es suficiente para el desarrollo de la persona por lo que tendemos a formar nuevos grupos de pertenencia. Se busca pertenencia, para obtener una identidad y aceptación social.
		Necesidades de autorrealización Vatu	Se refieren a encontrar un sentido a la vida, trascender en una obra creativa, luchar por un ideal, como la verdad, la belleza o la bondad. Estas necesidades se satisfacen por medio del cultivo de la ciencia, el arte la moral y la religión.[14]

6.2.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.2.4.1. Descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

Para la recolección de datos cualitativos se decidió utilizar como técnica la entrevista focalizada que es definida por Merton, Fiske y Kendall como un estilo de entrevista cualitativa dirigida a la obtención de las fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante algún suceso. Trata a los entrevistados como sujetos cuya respuesta al suceso es el material a estudiar, más que como informantes del suceso mismo.[15]

Para el personal directivo y los prestadores de servicio se utilizó la técnica de entrevista focalizada y para los alumnos la técnica de grupo focal y focalizado; en total fueron dos entrevistas para cada variable discursiva.

Se utilizaron los criterios de Merton y Kendall citados por Valles 1997 que son los siguientes:
1. No dirección (tratar que la mayoría de las respuestas sean espontáneas ó libres en vez de forzadas ó inducidas).
2. Especificidad: (animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas ó genéricas).
3. Amplitud (indagar en la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto).

Profundidad y contexto personal ("la entrevista debería sacar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica. Debería obtener el contexto personal relevante, las asociaciones idiosincráticas, las creencias y las ideas").

6.2.4.2. Instrumentos utilizados en la recolección de la información

Para recolectar la información de directivos, prestadores de servicio y estudiantes de la escuela se diseñaron entrevistas focalizadas[14] con una guía de preguntas para cada variable discursiva en el caso de los directivos. La pregunta detonante fue:

¿Cuáles son los retos que en términos de salud de los estudiantes tiene que resolver la dependencia?
Para la variable discursiva de los prestadores de servicio las preguntas detonantes fueron:
1. ¿Cómo considera el estado de salud de los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica No. 3?
2. ¿Cómo es que llega al conocimiento anterior?

Para la variable discursiva de los alumnos
1. De manera abierta, díganme todo lo que sepan sobre salud
2. ¿Cómo aprendieron eso?
3. De manera abierta, díganme todo lo que sepan sobre la falta de atención de algunos padres hacia jóvenes como sus compañeros.

6.2.4.2.1. Validación de los instrumentos

Para la validación de la información obtenida de las entrevistas se realizaron entrevistas piloto a las tres variables discursivas con la finalidad de probar la eficacia de dichas entrevistas, posteriormente fueron revisadas por el asesor del ISP con la finalidad de corregirlas. Después de diseñaron las entrevistas definitivas y se aplicaron a las 3 variables discursivas. Se confrontó las trascripción de las entrevistas con la grabación de las mismas para igualarlas. Posteriormente se hizo una depuración con la finalidad de eliminar toda aquella información que haya sido obtenida de manera inducida. Esto fue realizado por los dos integrantes del equipo.

6.2.4.2.2. Resultados de la prueba piloto

Como resultado del proceso de piloteo de las guías no se observaron obstáculos, hubo participación de los entrevistados y la información responde a las preguntas, lo que nos hace pensar que las guías fueron validas para el trabajo definitivo.

6.2.5. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.2.5.1.Procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Trascripción fiel
Esta consiste en transcribir textualmente las preguntas y respuestas de las entrevistas sin agregar ni quitar nada[16]

Cotejo
Consiste en cotejar la información escrita y grabada de las entrevistas para que sea exactamente igual[16]

Depuración
Esta consiste en eliminar todas aquellas respuestas que hayan sido inducidas por el investigador[16].

Análisis del discurso
Este se basa en la definición de conceptos y subconceptos, se codifican las entrevistas se construyen los espectros de cada variable discursiva estudiada[16].

6.2.5.2. Indicadores utilizados para la descripción

6.2.5.2.1. Señala las técnicas utilizadas para el análisis

Análisis de contenido
Definición. Conjunto de métodos y procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto. Establece dos grados de complejidad, descriptivo e inferencial y recurre a técnicas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas. Distingue tres tipos de análisis: sintáctico (se interesa por la morfología del texto, permitiendo la búsqueda y recuento de palabras y caracteres), semántico (busca el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas), y pragmático (pretende describir las circunstancias en las que la comunicación tiene lugar)[16].

7. RESULTADOS

7.1. Localización geográfica de la sede

Como anteriormente se mencionó, la escuela se encuentra ubicada en el centro de la ciudad de Xalapa de Enríquez, Ver., en la Avenida Ávila Camacho 114 C.P. 91000, entre las calles San Roque y Rafael Ramírez. Como referencias principales al noroeste se encuentra el Teatro del Estado "General Ignacio de La Llave" y al sur el parque "Tecajetes"

7.2. Características físicas de la sede

Actualmente la estructura de la escuela está constituida por tres zonas de edificaciones de material de concreto con piso de mosaico, cuenta con áreas verdes, dos canchas deportivas, estacionamiento, pasillo de acceso principal y dos vías de acceso complementarias. En cuanto a servicios cuenta con luz, agua entubada, drenaje y teléfono particular y público.

En el primer edificio se encuentra la dirección y servicios administrativos, la construcción es de un solo piso y se encuentra rodeado de áreas verdes con árboles grandes. Frente a este inmueble se encuentra un área deportiva constituida por dos canchas de basket ball y una plataforma de concreto con techo de armazón metálico forrado con laminas de poliglicato utilizada para eventos, toda esta área está equipada con reflectores. Dentro de esta misma área también están identificadas (pintadas de verde) las zonas de seguridad para refugio ante eventos naturales adversos.

El segundo edificio es el más grande y es de tres pisos, cuenta con 18 aulas para clases, material de concreto y piso de mosaico con puertas metálicas y ventanas de herrería, todas se encuentran equipadas con sillas de madera y mesas hexagonales para 3 alumnos cada una, un pizarrón y un pintarrón para cada aula , así como silla y escritorio para el maestro. En general, cada aula alberga entre 40 y 48 alumnos, este edificio cuenta también con servicio de sanitarios para alumnos y personal docente, dichos sanitarios están separados para alumnos de cada turno y maestros: dos baños para alumnos y alumnas, el baño de los varones cuenta con 6 tazas, un mingitorio y 5 lavabos, el baño de mujeres cuenta con 8 tazas y 5 lavabos estos baños son únicamente para el turno matutino. En este edificio también se encuentra ubicado el consultorio de atención medica, el cual tiene piso de mosaico, puertas metálicas y ventanas de herrería cuenta con computadora escritorio, 2 sillas y mesa de exploración así como vitrina metálica para medicamentos y botiquín de urgencias. También en este edificio se encuentra el área de trabajo social y psicología equipados con escritorio en cada cubículo.

Posteriormente se encuentra el tercer edificio en el que se concentran los diferentes talleres para alumnos, los cuales son mecánica, electricidad, secretariado, cocina, industria del vestido y computación. Todos los talleres se encuentran equipados con mesas altas y bancos altos para trabajo, el taller de cocina cuenta con estufa industrial y horno, el taller de secretariado cuenta con 23 maquinas de escribir.

En este mismo edificio se encuentra una cafetería con cocina, con área para maestros y alumnos. Y un área de dos cubículos para personal de intendencia con baño. En este tercer edificio también se encuentran los baños para alumnos del turno vespertino con lavabos exteriores y piso de loseta con azulejos y puertas y ventanas de aluminio.

En la parte posterior se encuentra otra área deportiva que consiste en una cancha de Fut bol, aulas que se ocupan para clases de música y de danza, esta ultima enduelada, también al fondo se encuentra la bodega donde se almacenan artículos en desuso o de poco uso. Por último una salida donde normalmente se concentra y se saca la basura.

7.3. Características del personal de salud

Los reglamentos que rigen la normatividad de las escuelas de educación básica están regidos por el artículo 30 de la constitución política mexicana 6. En materia de salud, la NOM 009 para el fomento de la salud escolar menciona que son las instituciones de salud las encargadas de brindar intervenciones de salud dirigidas a la población escolar[17].

En lo que al personal de salud se refiere, en general sólo se identificaron dos personajes: La Doctora. Nora Díaz Velarde Tejeda D y la Psicóloga Reyna Reynoso Vázquez, ambas son personal de base con tipo de contratación académica y dependen de la Coordinación de Actividades Educativas Complementarias. A continuación se describen las principales características de cada uno de los servicios de salud con que cuenta la Escuela Secundaria Técnica Industrial N° 3.

El servicio médico escolar (SME) se encuentra bajo la responsabilidad de la Doctora Díaz Velarde, cuya formación es en medicina general, con Maestría en Administración de Servicios de Salud, Maestría en psicología Jurídica y Criminalista, y actualmente cursa la Maestría en Adicciones. Su antigüedad en el puesto es de 27 años.

El área de psicología está a cargo de la psicóloga Reyna Reynoso Vázquez, quien además de la licenciatura en Psicología también estudió y ejerció por algún tiempo la enfermería. Cuenta con un diplomado en desarrollo humano, una especialidad en educación especial (en particular con niños de necesidades especiales) y una Maestría en terapia familiar sistémica. Su antigüedad en el puesto es de 17 años aunque informa que por diversos motivos, en general solo ha laborado 7 años divididos en periodos aproximadamente de 2 a 4 meses durante los cuales ha participando en las diferentes coordinaciones de la escuela. Actualmente ha trabajado de manera continua desde el año escolar anterior exclusivamente en el área de psicología.

7.4. Servicios que se ofrecen en la escuela

Por tratarse de una institución educativa de nivel básico de secundaria su objetivo principal es proporcionar educación secundaria a sus estudiantes.

La educación básica actualmente se encuentra en un proceso de transición; esto implica una serie de cambios

administrativos, académicos y curriculares dirigidos a un determinado fin, que para este caso, pareciera encaminarse hacia una definición que responda a lo establecido en el artículo 3° constitucional, definición hasta ahora desvinculada en el proceso de desarrollo formativo, referido esto a los contenidos curriculares, a la interpretación y aplicación de los enfoques metodológicos y al tratamiento de los educandos según sus cualidades psico-biológicas y sus necesidades socio-afectivas.

7.5. Análisis Sociodemográficos

Tabla 1. Distribución por edad en grupos quinquenales y por sexo

Grupos etáreos	Sexo Hombre	Total %	Mujer	%			
	01 a 04	7	1.4	7	1.1	14	1.2
	05 a 09	28	5.5	35	5.4	63	5.5
	10 a 14	145	28.7	180	28.0	325	28.3
	15 a 19	55	10.9	49	7.6	104	9.1
	20 a 24	17	3.4	32	5.0	49	4.3
	25 a 29	2	0.4	6	0.9	8	0.7
	30 a 34	14	2.8	26	4.0	40	3.5
	35 a 39	49	9.7	85	13.2	134	11.7
	40 a 44	56	11.1	79	12.3	135	11.7
	45 a 49	62	12.3	67	10.4	129	11.2
	50 a 54	37	7.3	22	3.4	59	5.1
	55 a 59	10	2.0	5	0.8	15	1.3
	60 a 64	4	0.8	15	2.3	19	1.7
	65 y más	16	3.2	35	5.4	51	4.4
Total	505		644		1149		

En este estudio se encuestaron 272 adolescentes que proporcionaron información de sus familias. En total se recabó información de 1149 personas. La tasa de no respuesta fue 0.4 por ciento.

En la tabla 1 se presenta la distribución de los sujetos encuestados por edad y sexo. Como se puede observar el grupo predominante fue el de 10 a 14 años (28.5 por ciento) seguido por los grupos de 35 a 39 (11.7 por ciento), de 40 a 44 (11.7 por ciento), y de 45 a 49 (11.2 por ciento) años de edad. El grupo menos numeroso fue el de 25 a 29 años (0.7 por ciento).

Razón mujer/hombre
Existe una razón de 644 mujeres / 505 hombres esto es 1.27 mujeres por cada hombre.

Tasa de mortalidad
Durante el año 2007 hubo una defunción por lupus eritematoso sistémico en una mujer de 43 años de edad. Lo anterior nos da una tasa de mortalidad de 0.9 defunciones por cada 1000 personas. Cabe mencionar que el total de la población a la que se refiere esta tasa incluye habitantes de distintas localidades por lo que esta tasa sólo es aplicable a los sujetos encuestados.

Tasa de natalidad
La cantidad de niños nacidos en el 2007 fue de 6 así la tasa de natalidad calculada para esta muestra fue de 5.2 nacidos vivos por cada 1000 personas encuestadas.

Tasa de crecimiento natural
La tasa de incremento natural fue de 4.3 habitantes por cada 1000 personas encuestadas. Como es una tasa positiva significa que en la población existió un incremento durante el año 2007.

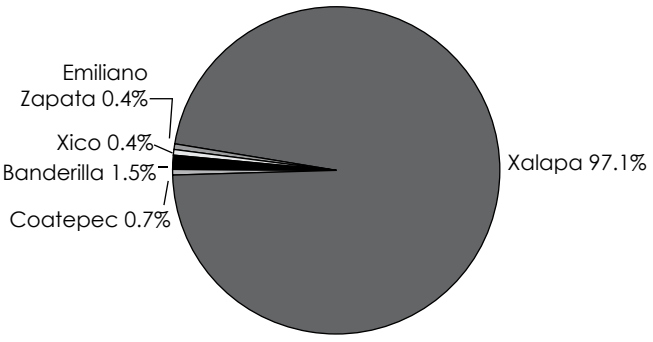
Tasa de fecundidad general
La tasa de fecundidad fue de 1.7 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años).

Distribución por lugar de residencia
La tabla 2 nos muestra la distribución de la población por lugar de residencia. Se puede observar que la población encuestada tiene su lugar de residencia predominantemente en la localidad de Xalapa, seguido de Banderilla, y el que menos tiene es la localidad de Emiliano Zapata junto con la de Xico.

Tabla 2. Distribución por lugar de residencia

Localidad	Frecuencia	Porcentaje
Banderilla	4	1.5
Coatepec	2	0.7
Emiliano Zapata	1	0.4
Xalapa	264	97.1
Xico	1	0.4
Total	272	100.0

Gráfico 1. Distribución por lugar de residencia



Nivel de escolaridad

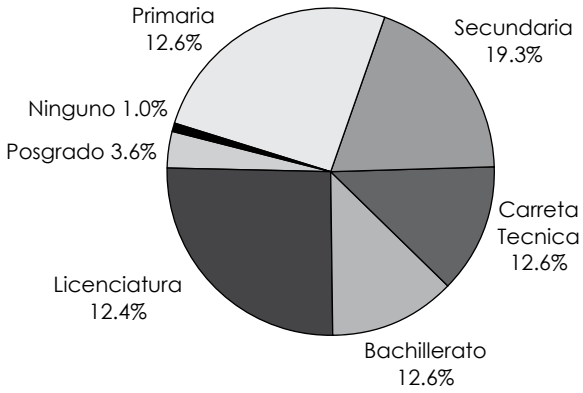
En la tabla 3 podemos ver la distribución por nivel de escolaridad, donde el predominio mayor fue el de estudios de licenciatura, seguido por la de bachillerato y carrera comercial, cabe mencionar que casi un 1 por ciento menciono no tener estudio alguno.

*Tabla 3. Distribución por nivel de escolaridad**

Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	10	1.0
Primaria	260	25.4
Secundaria	197	19.3
Bachillerato	129	12.6
Carrera Técnica	129	12.6
Licenciatura	260	25.4
Posgrados	37	3.6
Total	1022	100.0

** Solo se incluyeron personas ≥ 12 años.*

*Gráfico 2. Distribución por nivel de escolaridad.**



** Solo se incluyeron personas ≥ 12 años.*

En la tabla 4 sólo una persona refiere que no sabe leer y escribir (0.09 por ciento), que correspondió al sexo femenino.

*Tabla 4. Población analfabeta por sexo**

Analfabetas	N	Con analfabetismo	Porcentaje
Hombres	436	0	0.00
Mujeres	583	1	0.17
Total	1019	1	0.09

** Se incluyeron a las personas mayores de 15 años.*

Nivel económico familiar

En la tabla 5 distribuciones por condición de actividad económica, podemos observar que la mayor parte de las personas entrevistadas pertenecen a población económica activa ocupada, mientras que el resto es población económica es inactiva.

*Tabla 5. Distribución por condición de actividad económica**

Actividad Económica	Frecuencia	Porcentaje
PEAO	581	57.0
PEI	438	43.0

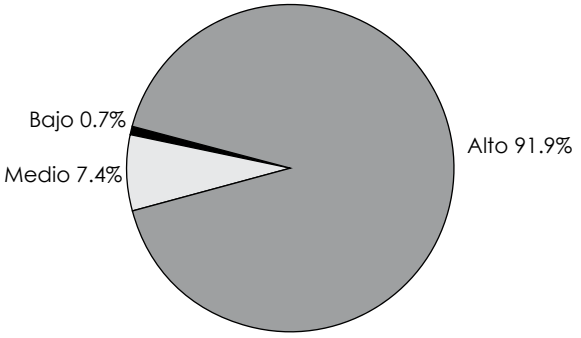
*PEAO: Población económica activa ocupada. PEI: Población económica inactiva. * Se entiende por actividad económica a las personas que están trabajando o buscaron trabajo la última semana.*

En la tabla 6 tenemos que el 91.9 por ciento tiene un nivel económico familiar alto, es decir, cuenta con los satisfactores materiales básicos mientras que el 0.7 es de un nivel económico familiar bajo, y el nivel económico familiar medio corresponde al 7.4 por ciento

Tabla 6. Frecuencia de la distribución del nivel económico familiar

Nivel económico familiar	Frecuencia	Porcentaje
Alto	250	91.9
Medio	20	7.4
Bajo	2	0.7

Gráfico 3. Frecuencia de la distribución del nivel económico familiar.



Características de la vivienda

En tabla 7 se muestra el hacinamiento en la viviendas, por lo que podemos observar tenemos un frecuencia de hacinamiento bajo, lo cual corresponde al 6.6 por ciento

*Tabla 7. Frecuencia de hacinamiento en las familias encuestadas**

Hacinamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	6.6
No	254	93.4
Total	272	100.0

**Se considero hacinamiento cuando en una habitación duermen 3 o más personas*

En las tablas 8 y 9 se presentan aquellas viviendas que tienen condiciones favorables para infección de vías respiratorias agudas y para enfermedad diarreica aguda, respectivamente. El 6.6 por ciento de las viviendas presentaron condiciones favorables para infección respiratoria aguda, mientras que el 3.3 por ciento fueron favorables para enfermedad diarreica aguda

*Tabla 8. Viviendas en condiciones favorables para Infección de vías respiratorias agudas**

Condiciones favorables para IRAs	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	6.6
No	254	93.4
Total	272	100.0

IRAs: Infección de vías respiratorias agudas.
**Se considera vivienda favorable para IRAs aquella que presenta algunos de los siguientes elementos: hacinamiento, falta de techo de concreto, y falta de piso de cemento o mosaico.*

Tabla 9. Distribución de las viviendas con condiciones favorables para la enfermedad diarreica aguda

Condiciones favorables para EDAs	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	3.3
No	263	96.7
Total	272	100.0

EDAs: Enfermedades diarreicas agudas
**Se considera vivienda favorable para EDAs aquella que presenta algunos de los siguientes elementos: piso de tierra, falta de drenaje, falta de agua entubada, falta de agua potable, falta de cocina.*

7.5.1.2. Análisis epidemiológicos: incidencia y prevalencia

En la tabla 10 se presenta la incidencia acumulada de infección respiratoria aguda, en los menores de 5 años, durante los 30 días previos a la entrevista. La incidencia acumulada general fue del 55 por ciento, siendo mayor en el sexo masculino (73 por ciento) que en el sexo femenino (27.3 por ciento). Llama la atención que el 100 por ciento de los menores de 1 año presento la enfermedad durante el periodo indagado.

Tabla 10. Infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años durante el mes previo a la entrevista

Variable		Casos nuevos	Incidencia acumulada (%)
General		11	55.0
Sexo			
Masculino		8	72.7
Femenino		3	27.3
Menores de 1 año		4	100.0
1 a 4 años		7	63.0

En la tabla 11 se presenta la incidencia acumulada de enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años, durante los 30 días previos a la entrevista. La incidencia acumulada general fue del 27.3 por ciento, siendo mayor en el sexo masculino (18.2 por ciento) que en el sexo femenino (11.1 por ciento). Cabe mencionar que fue más alta la incidencia en el grupo de 1 a 4 años que en la de menores de 1 año.

Tabla 11. Enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años durante el mes previo a la entrevista

Variable	Casos nuevos	Incidencia acumulada %
General	3	27.3
Sexo		
Masculino	2	18.2
Femenino	1	11.1
Menores de 1 año	1	16.7
1 a 4 años	2	20.0

En la tabla 12 se presenta la infección de vías respiratorias en adultos mayores durante los 30 días previos a la entrevista, la incidencia acumulada general fue de 34.8 por ciento, siendo mayor en el grupo de 60 a 64 (38.9 por ciento) que en el 65 y mas (34.0 por ciento).

*Tabla 12. Infección respiratoria aguda en el adulto mayor**

Variable	N° de casos nuevos	Incidencia acumulada
General	23	34.8%
Edad		
De 60 a 64	7	38.9 %
De 65 y más	16	34.0 %

** Para este estudio se considero adulto mayor a los sujetos ≥ 60 años*

En la tabla 13 se presenta la frecuencia de casos de infección de vías urinarias en mujeres mayores de 15 años, ocurridos durante los 30 días previos a la entrevista, la incidencia acumulada general fue de 2.4 por ciento, en el grupo que se presentó mayor incidencia fue el de 60 a 64 (7.1 por ciento) seguido del grupo de 45 a 49 (4.6 por ciento) y el que presentó menor incidencia fue el de 15 a 19 (2.1 por ciento)

*Tabla 13. Incidencia acumulada de infección de vías urinarias en mujeres**

Variable	N° de casos nuevos	Porcentaje
General	10	2.4
Grupo de edad		
15 -19	1	2.1
35 – 39	3	3.6
45 – 49	3	4.6
50 – 54	1	4.5
60 – 64	1	7.1
65 y más	1	3.0

** Infección de vías urinarias fue indagado exclusivamente en mujeres de 15 años o más.*

En la tabla 14 se presenta la incidencia acumulada de accidentes en vehículo de motor, el porcentaje de los accidentados fue de 5.3 por ciento, siendo mayor en el sexo femenino (5.4 por ciento) que en el sexo masculino (5.0 por ciento). Cabe mencionar el porcentaje más alto fue en el grupo de 25 a 29 años.

*Tabla 14. Distribución de los accidentes de transporte en vehículo de motor ocurridos de 2000 a 2007**

Variable	Casos	Porcentaje
General	37	5.3
Sexo		
Masculino	15	5.0
Femenino	22	5.4
Grupo de edad		
15 a 19	3	4.9
25 a 29	1	12.5
30 a 34	1	2.5
35 a 39	8	6.0
40 a 44	9	6.7
45 a 49	9	6.8
50 a 54	2	3.4
60 a 64	2	10.5
65 y más	2	3.9

** Para este estudio se entrevistaron a los sujetos mayores de 16 años*

En la tabla 15 se presenta la prevalencia al momento de la entrevista de hipertensión arterial sistémica en sujetos mayores o igual a 20 años de edad. La prevalencia general fue de 7.5 por ciento, siendo mayor en el grupo de 65 años y más (33.3 por ciento) seguido del grupo de edad de 60 a 64 (15.7 por ciento). y en el grupo que menos se presentó es el 20 a 24 (2.0 por ciento).

*Tabla 15. Prevalencia general de hipertensión arterial sistémica por grupo de edad de interés epidemiológico**

Variable	Casos	Prevalencia
General	48	7.5
Grupo de edad		
20 a 24	1	2.0
30 a 34	1	2.5
35 a 39	9	6.7
40 a 44	6	4.4
45 a 49	6	4.6
50 a 54	5	4.6
55 a 59	0	8.5
60 a 64	3	15.7
65 y más	17	33.3

** Se consideraron únicamente sujetos ≥ 20 años de edad.*

En la tabla 16 se presenta la incidencia de diabetes mellitus. La prevalencia general fue del 3.9 por ciento, siendo mayor en el grupo de 65 y más (19.6 por ciento) seguido del grupo de edad de 60 a 64 (15.8 por ciento). y en los grupos que menos se presento es el 35 a 39(1.5 por ciento) y 40 a 44(1.5 por ciento) respectivamente.

*Tabla 16. Prevalencia general de diabetes mellitus por grupo de edad de interés epidemiológico**

Variable	Casos	Prevalencia
General	26	3.9
Grupo de edad		
30 a 34	2	5.0
35 a 39	2	1.5
40 a 44	2	1.5
45 a 49	2	1.6
50 a 54	3	5.1
55 a 59	1	6.7
60 a 64	3	15.8
65 y más	10	19.6

** Se entrevistaron a sujetos ≥ 20 años.*

En la tabla 17, 18, y 19 se presentan las prevalencias de alcoholismo. En la tabla 17 se presenta la prevalencia por grupo de edad. Los grupos con mayor prevalencia fueron, 15 a 19 (40 por ciento), 65 y más (19.6 por ciento) y 10 a 14 (18.5 por ciento). Los grupos con menor prevalencia fueron el de 60 a 64 (3.9 por ciento) y el de 20 a 24 (4.1 por ciento). Llama la atención que de todas las personas que refirieron ingerir bebidas alcohólicas, más de la mitad son adolescentes (55.7 por ciento).

En la tabla 18 se compara la prevalencia de alcoholismo en adolescentes reportada por los padres versus la

prevalencia reportada por los propios adolescentes. Llama la atención la diferencia encontrada en la magnitud en la frecuencia de alcoholismo.

En la tabla 19 se presenta la prevalencia de alcoholismo reportada únicamente en los alumnos de la ESTI3. La mayor prevalencia fue encontrada en el grupo de 15 a 19 años.

Tabla 17. Prevalencia de alcoholismo por grupo de edad de interés epidemiológico¥

Variable	Casos	Prevalencia
General	58	5.0
Grupo de edad		
10 a 14*	60	18.5
15 a 19*	8	40.0
20 a 24	2	4.1
25 a 29	1	12.5
30 a 34	4	10.0
35 a 39	15	11.2
40 a 44	12	8.9
45 a 49	11	8.5
50 a 54	4	6.8
55 a 59	1	6.7
60 a 64	2	3.9
65 y más	2	19.6

¥ Alcoholismo se buscó en sujetos ≥ 12 años de edad. Se consideró alcoholismo cuando ingieren 2 o más veces alcohol a la semana.
** Información proporcionada por los alumnos el resto fue proporcionado por los padres.*

Tabla 18. Prevalencia de alcoholismo por grupo de edad

Grupo de edad	N	Prevalencia reportada por los padres (%)	Prevalencia reportada por los adolescentes (%)
10 a 14	325	1.2*	18.5
15 a 19	20	0*	40.0

** Los padres reportaron solamente 4 adolescentes con alcoholismo en el grupo etáreo de 10 a 14 y en el de 15 a 19 reportaron 0 casos*

Tabla 19. Prevalencia de alcoholismo en los alumnos por grupo de edad de interés epidemiológico de la Secundaria Técnica Industrial N° 3

Grupo de edad	N	Casos	Prevalencia (%)
General	252	68	27.0
10 a 14	232	60	25.9
15 a 19	20	8	40.0

**Se consideró alcoholismo cuando los alumnos refirieron tomar bebidas alcohólicas dos o más veces por semana*

En la tabla 20 se presenta la prevalencias de tabaquismo por grupo de edad. Los grupos con mayor prevalencia fueron, 25 a 29 y 45 a 49 (25 por ciento, respectivamente), 35 a 39 (21.8 por ciento) y 55 a 59 (20.0 por ciento). Los grupos con menor prevalencia fueron el de 15 a 19 (5.8 por ciento) y el de 10 a 14 (6.8 por ciento). De todas las personas que refirieron fumar el 12.6 por ciento son adolescentes.

*Tabla 20. Prevalencia general de tabaquismo por grupo de edad de interés epidemiológico**

Variable	Casos	Prevalencia
General	109	10.7
Grupo de edad		
10 a 14	22	6.8
15 a 19	6	5.8
20 a 24	4	8.5
25 a 29	2	25.0
30 a 34	7	17.5
35 a 39	29	21.8
40 a 44	17	12.8
45 a 49	32	25.0
50 a 54	11	18.6
55 a 59	3	20.0
60 a 64	2	10.5

** Tabaquismo fue buscado en los sujetos ≥ 12 años*

Tabla 21. Prevalencia de tabaquismo en los alumnos por grupo de edad de interés epidemiológico de la secundaria técnica industrial N° 3

Grupo de edad	N	Casos	Prevalencia (%)
General	252	28	11.1
10 a 14	232	22	9.5
15 a 19	20	6	30.0

En la tabla 22 se presenta la prevalencia de depresión general que es de 41 por ciento, también se presenta por sexo donde el sexo femenino tiene la prevalencia mayor (52.6 por ciento) que el masculino (26.6 por ciento), con respecto al grupo de edad con mayor frecuencia de depresión fue el de 10 a 14.

*Tabla 22. Prevalencia general de depresión en población de estudiantes y por grupo de edad de interés epidemiológico**

Variable		Casos	Prevalencia (%)
General		100	41.0
Sexo			
Masculino	109	29	26.6

Femenino	135	71	52.6
Grupo de edad			
10 a 14	224	94	42.0
15 a 19	20	6	30.0

** Solo aplica para las escuelas adolescentes inscritos en la ESTI 3*

7.5.1.2. Análisis epidemiológico: Identificación de riesgos

En la tabla 23 se presentan los factores de riesgo para enfermedad respiratoria aguda en niños menores de 5 años, los posibles factores de riesgo evaluados fueron, no haber tenido lactancia materna, esquema incompleto de anti-influenza, como se puede apreciar el no tener lactancia materna (OR=2.00 IC 95 por ciento 0.00 a 92.3) es un factor asociado a las IRAS, el esquema incompleto de anti-influenza, aunque no fue significativo, presentan bajo riesgo de padecer la enfermedad, cabe señalar que se había considerado además evaluar la exposición al humo de leña o carbón, exposición al humo de tabaco, esquema incompleto de pentavalente, responsable del menor analfabeta, la no capacitación de la persona encargada en el manejo de iras del menor, responsable del menor analfabeta, nivel socioeconómico bajo, nivel socioeconómico medio, como posibles factores de riesgo, pero no se registraron individuos con estos antecedentes, por lo que no se incluyeron en la tabla estas variables.

Tabla 23. Factores de riesgo para enfermedad respiratoria aguda en niños menores de 5 años

Variable	RR	IC95%
Sin lactancia materna	2.00	0.0 a 92.3
Esquema incompleto de anti-influenza	0.35	0.0 a 5.8

RR: Riesgo relativo
IC: Intervalo de confianza

En la tabla 24 se presentan los factores de riesgo para enfermedad respiratoria aguda en adultos mayores, los posibles factores de riesgo evaluados fueron, exposición al humo de tabaco (OR=2.8 IC 95 por ciento 2.0 a 3.9) fue un factor asociado significativamente, llama la atención que el esquema incompleto de la vacuna neumocócica, el esquema incompleto de la vacuna anti-influenza, y la diabetes, aunque no fueron significativos presentaron un factor de riesgo menor, cabe señalar que se había considerado además evaluar la exposición al humo de leña o carbón, esquema incompleto de vacuna neumocócica, cáncer, nivel socioeconómico bajo, nivel socioeconómico medio, como posibles factores de riesgo, pero no se registraron individuos con estos antecedentes, por lo que no se incluyeron en la tabla estas variables.

Tabla 24. Factores de riesgo para enfermedad respiratoria aguda adultos mayores

Variable	RR	IC95%
Exposición a humo de tabaco	2.8	2.0 a 3.9
Esquema incompleto de neumocócica	0.5	0.1 a 2.1
Esquema incompleto de anti-influenza	0.8	0.2 a 2.9
Padecer diabetes mellitus tipo 2	0.9	0.2 a 3.9

RR: Riesgo relativo
IC: Intervalo de confianza

En la tabla 25 se presentan los factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, los posibles factores de riesgo evaluados fueron, vivienda sin agua entubada, no haber tenido lactancia materna, como se puede apreciar el no tener lactancia materna (OR=1.1 IC 95 por ciento 1.0 a 1.4) es un factor asociado a las EDAS, vivienda sin agua entubada, aunque no fue significativo, presenta un factor de riesgo importante para EDAS, cabe señalar que se había considerado además evaluar vivienda sin drenaje, vivienda con piso de tierra, el almacenaje de la basura dentro de la vivienda, el no consumir agua potable, no lavar ni desinfectar frutas y verduras, el lavado de manos del responsable antes de comer y después de ir al baño, lavarle las manos al menor antes de comer, nivel socioeconómico bajo, nivel socioeconómico medio, como posibles factores de riesgo, pero no se registraron individuos con estos antecedentes, por lo que no se incluyeron en la tabla estas variables.

Tabla 25. Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años

Variable	RR	IC95%
Vivienda sin agua entubada	1.0	0.1 a 7.5
Sin lactancia materna	1.1	1.0 a 1.4

RR: Riesgo relativo
IC: Intervalo de confianza

En la tabla 26 se presentan los factores de riesgo para IVU en mujeres mayor o igual a 15 años de edad. Los posibles factores de riesgo evaluados fueron: tener diabetes, usar baños públicos, ingerir menos de 2 litros de agua al día, consumo diario de refrescos, consumo de alimentos "chatarra", no usar preservativo y técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción. Como se puede apreciar, el consumo de alimentos "chatarra" (OR = 4.1 IC95 por ciento 1.1 a 14.7) y la técnica inadecuada

de limpieza genital después de la micción (OR=5.3 IC95 por ciento 1.5 a 17.9) fueron asociados significativamente a IVU. Llama la atención que el uso de baños públicos y el ingerir poco agua, aunque no fueron significativos, presentaron un riesgo importante. Cabe señalar que, se había considerado además evaluar el antecedente de cáncer, infección por VIH e inmunosupresión como posibles factores de riesgo, pero no se registraron individuos con estos antecedentes por lo que no se incluyeron en la tabla estas variables.

Tabla 26. Factores de riesgo para infección de vías urinarias en mujeres de 15 años y más

Variable	RR	IC95%
Padecer diabetes mellitus tipo 2	1.3	0.2 a 26.6
Uso de baños públicos	2.7	0.8 a 8.5
Ingiere menos de 2 litros de agua al día	3.0	0.6 a 18.7
Consumo diario de refrescos	1.3	0.5 a 3.5
Consumo diario de alimentos chatarra	4.1	1.1 a 14.7
No utiliza preservativo	1.3	0.3 a 8.4
Técnica inadecuada de limpieza de genitales después de la micción	5.3	1.5 a 17.9

RR: Riesgo relativo. IC: Intervalo de confianza

En la tabla 27 se presentan los factores de riesgo para accidentes en vehículos de motor en mayores de 16 años, los posibles factores de riesgo evaluados fueron, conductores que han ingerido bebidas alcohólicas antes de conducir (OR=2.2 IC 95 por ciento 1.5 a 3.2), y personas que conducen a exceso de velocidad (OR=2.3 IC 95 por ciento 1.5 a 3.6) es un factor asociado a los accidentes automovilísticos en personas mayores de 16 años, en cuanto al sexo masculino contra en femenino, aunque no fue significativo, presenta un factor de riesgo importante para accidentes en vehículos de motor, cabe señalar que se había considerado además evaluar edad de las personas que tuvieron el accidente menores de 25 años, y que el vehículo recibiera mantenimiento cada 6 meses, como posibles factores de riesgo, pero no se registraron individuos con estos antecedentes, por lo que no se incluyeron en la tabla estas variables.

*Tabla 28. Factores de riesgo para accidentes de transporte en vehículo de motor**

Variable	RR	IC95%
Sexo masculino contra sexo femenino	1.2	0.3 a 4.9
Conduce cuando ha ingerido bebidas alcohólicas	2.2	1.5 a 3.2
Conduce a exceso de velocidad	2.3	1.5 a 3.6

**Los factores de riesgos fueron indagados a partir de 16 años o más. RR: Riesgo relativo. IC: Intervalo de confianza*

En la tabla 28 se presentan los factores de riesgo para infarto agudo al miocardio, los posibles factores de riesgo evaluados fueron, edad mayor de 40 años contra los menores de 40 años (RR=9.2 IC 95 por ciento 1.1 a 77.5), y personas que no realizan ejercicios cotidianamente (RR=9.1 IC 95 por ciento 1.1 a 77.5) es un factor asociado al infarto agudo al miocardio, en cuanto al sexo masculino contra en femenino y la obesidad aunque no fue significativo, presenta un factor de riesgo importante para infarto agudo al miocardio, cabe señalar que se había considerado además evaluar tabaquismo y alcoholismo, pero no se registraron individuos con estos antecedentes, por lo que no se incluyeron en la tabla estas variables.

Tabla 28. Factores de riesgo para infarto agudo al miocardio

Variable	OR	IC95%
Edad mayores de 40 años contra menores de 40 años	9.2	1.1 a 77.5
Sexo masculino contra femenino	2.6	0.5 a 13.9
Obesidad	1.8	0.4 a 9.0
No realiza ejercicio cotidianamente	9.1	1.1 a77.5

** Los factores de riesgos fueron indagados a partir de 20 años o más. OR: Razón de momios. IC: Intervalo de confianza*

En la tabla 29 se presentan los factores de riesgo para hipertensión arterial sistémica, los posibles factores de riesgo evaluados fueron, edad mayor de 20 años contra los menores de 20 años, femeninos contra masculinos, tener un familiar con hipertensión, tabaquismo, alcoholismo, el no realizar ejercicio físico, edad mayor de 20 años contra los menores de 20 años (RR=40.2 IC 95 por ciento 5.6 a 289.7), tener un familiar con hipertensión (RR=5.1 IC 95 por ciento 2.4 a 289.7), y personas que no realizan ejercicios cotidianamente (RR=9.1 IC 95 por ciento 1.1 a 10.6) es un factor asociado a la hipertensión arterial sistémica, en cuanto al sexo masculino contra en femenino, tabaquismo, y alcoholismo, aunque no fue significativo, presenta un factor de riesgo importante para hipertensión arterial sistémica.

*Tabla 29. Factores de riesgo para enfermedad por hipertensión arterial sistémica**

Variable	OR	IC95%
Mayores de 20 años contra menores de 20 años	40.2	5.6 a 289.7
Femenino contra masculino	1.4	0.8 a 2.6
Tener familiar con hipertensión	5.1	2.4 a 10.6
Tabaquismo	0.8	0.3 a 2.1

Alcoholismo	1.3	0.4 a 3.9
No realiza ejercicio físico cotidianamente	1.3	0.7 a 2.3

** los factores de riesgos fueron indagados a partir de 20 años o más.*
OR: Razón de momios
IC: Intervalo de confianza

En la tabla 30 se presentan los factores de riesgo para diabetes mellitus, los posibles factores de riesgo evaluados fueron, edad mayor de 40 años contra los menores de 40 años, femeninos contra masculinos, tener un familiar con diabetes, tabaquismo, alcoholismo, el no realizar ejercicio físico, la edad mayor de 40 años contra los menores de 40 años (OR=8.4 IC 95 por ciento 3.2 a 22.1), tener un familiar con diabetes (OR=4.7 IC 95 por ciento 1.8 a 11.9), y obesidad (OR=3.1 IC 95 por ciento 1.4 a 6.7) es un factor asociado a la diabetes, en cuanto al sexo masculino contra en femenino , alcoholismo y el no realizar ejercicio físico aunque no fue significativo, presenta un factor de riesgo importante para diabetes mellitus.

*Tabla 30. Factores de riesgo para enfermedad por diabetes mellitus**

Variable	OR	IC95%
Mayores de 40 años contra menores de 40 años	8.4	3.20 a 22.1
Femenino contra masculino	1.1	0.5 a 2.3
Tener familiar con diabetes	4.7	1.8 a 11.9
Obesidad	3.1	1.4 a 6.7
Alcoholismo	1.6	0.7 a 6.5
No realiza ejercicio físico	1.3	0.6 a 2.9

** los factores de riesgos fueron indagados a partir de 20 años o más.*
OR: Razón de momios
IC: Intervalo de confianza

En la tabla 31 se presentan los posibles factores de riesgo para depresión en adolescentes. Estos fueron: sexo femeninos, tener antecedente de un caso de depresión en la familia, adolescentes no aceptados por sus compañeros, adolescentes insatisfechos con sus logros académicos, tener padres divorciados, con antecedente de defunción de algún familiar, alcoholismo, tabaquismo, familias mono parentales.

Los factores asociados significativamente a depresión fueron el sexo femenino (OR=2.0 IC 95 por ciento 1.7 a 5.5) y el tener un familiar con al menos un caso depresión (OR=2.0 IC 95 por ciento 1.1 a 3.6). En cambio, aquellos adolescentes insatisfechos con sus logros académicos y los que refirieron alcoholismo mostraron tener riesgo incrementado de depresión aunque este riesgo no alcanzó significancia estadística.

Las demás variables incluidas en las tablas no mostraron asociación estadísticamente significativa.

Cabe señalar que se había considerado además evaluar adolescentes con disfunción familiar, que no realizan ejercicio físico y obesidad, pero al no registrase individuos con estas características no se incluyeron en la tabla.

Tabla 31. Factores de riesgo para depresión en adolescentes

Factor de riesgo	OR	IC95%
Femenino contra masculino	2.0	1.7 a 5.5
Antecedente de al menos un caso de depresión	2.0	1.1 a 3.6
Adolescentes sin aceptación social	1.3	0.8 a 2.0
Insatisfechos con sus logros académicos	1.6	0.9 a 2.8
Padres divorciados	1.1	0.6 a 2.6
Adolescente con antecedente de defunción de algún familiar	1.1	0.6 a 2.5
Alcoholismo	1.7	0.9 a 3.1
Tabaquismo	0.9	0.4 a 2.2
Familias mono parentales	1.2	0.6 a 2.3

**Solo aplico para las escuelas. OR: Razón de momios. IC: Intervalo de confianza*

Los análisis de riesgo para muerte por hipertensión, diabetes mellitus, infarto agudo al miocardio, cirrosis hepática, accidentes por vehículo automotor, no se presenta la evaluación de riesgos dado que al registrarse una baja ocurrencia de estos eventos no es posible su análisis.

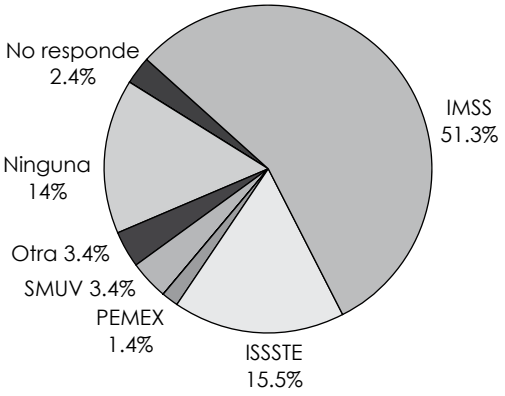
En la tabla 32 se muestra la distribución de las personas estudiadas en este diagnóstico de salud el porcentaje más alto está afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social y en menor cantidad a la Secretaria de la Defensa Nacional, también hay un porcentaje alto que no pertenece a ninguna institución, cabe mencionar que 97 personas (8.4 por ciento) no contestaron.

Tabla 32. Distribución del tipo de derecho habiencia por institución

Institución*	N° de casos	Porcentaje
IMSS	589	51.3
ISSSTE	178	15.5
PEMEX	16	1.4
SEDENA	2	0.2
SMUV	39	3.4
OTRA	38	3.3
NINGUNA	161	14
No sabe	1	0.1
No responde	28	2.4
Total	1052	91.6

**Las abreviaturas de las instituciones se describen en la pagina 1*

Gráfico 4 Distribución del tipo de derecho habiencia por institución



En la tabla 33 vemos que la mayor parte de la población pasa al Instituto Mexicano del Seguro Social que corresponde a 276 hombres (59.6 por ciento) de la población total del sexo masculino y el 53 por ciento de las mujeres de la población total del sexo femenino. En el caso contrario los que van a SEDENA corresponde al .43 por ciento de la población del sexo masculino mientras que 0 por ciento corresponde a la población del sexo femenino.

Tabla 33. Distribución del tipo de derecho habiencia por sexo

Institución*	Hombres	Mujeres	Total
IMSS	276	313	589
ISSSTE	77	101	178
PEMEX	2	14	16
SEDENA	2	0	2
SMUV	19	20	39
OTRA (CEMEV)	17	21	38
NINGUNA	64	97	161
No sabe	1	0	1
No responde	5	23	28
Total	463	589	1052

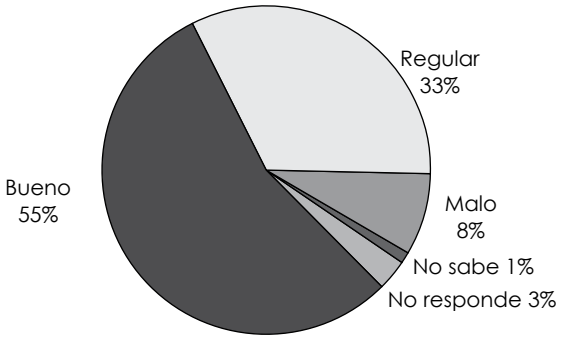
**Las abreviaturas de las instituciones se describen en la pagina 1*

Tabla 34. Distribución de derechohabientes por grupos etáreos por institución de salud

	INSTITUCIONES									
Grupos Etáreos	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SMUV	OTRA	NINGUNA	No sabe	No responde	Total
Menor de 1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	5
01 a 04	7	2	1	0	1	2	1	0	0	14
05 a 09	34	12	0	0	1	2	6	0	3	58
10 a 14	155	52	4	0	11	12	49	0	10	293
15 a 19	54	20	3	0	4	2	15	0	0	98
20 a 24	24	6	1	0	1	1	9	0	3	45
25 a 29	5	1	1	0	0	0	1	0	0	8
30 a 34	27	3	1	0	0	2	3	0	0	36
35 a 39	60	17	2	1	3	6	23	1	4	117
40 a 44	72	16	0	0	2	6	27	0	4	127
45 a 49	74	27	0	0	6	2	9	0	0	118
50 a 54	26	11	0	1	7	1	6	0	0	52
55 a 59	8	2	0	0	1	0	4	0	0	15
60 a 64	13	3	0	0	1	0	1	0	0	18
65 y más	27	6	3	0	1	2	6	0	4	49
Total	589	178	16	2	39	38	161	1	28	1052

En el gráfico 5 podemos observar que El 55 por ciento percibe los servicios de salud como buenos mientras que un 33 por ciento lo considera como regular mientras que el resto lo considera como malo, cabe mencionar que hay un 3 por ciento que no emitió una respuesta.

Gráfico 5. Percepción de los servicios de salud



En la tabla 36 podemos observar la distribución de los menores de 5 años según su esquema de vacunación, en la que vemos que la mayor parte pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social y el que tiene un número menor al SMUV*.

Tabla 36. Distribución de menores de 5 años según esquemas de vacunación

	Institución				
Vacunas	IMSS	ISSSTE	SMUV*	OTROS	Ninguno
Pentavalente	8	2	0	1	3
Neumococo	3	2	1	1	2
Anti-influenza	4	2	1	1	3
Total	15	6	2	3	8

**Las abreviaturas de las instituciones se describen en la pagina 1*

En la tabla 37 se puede observar la proporción de diabéticos que recibe atención médica para dicha enfermedad, vemos que el 84.6 por ciento tiene atención medica mientras que el resto no lo tiene.

Tabla 36. Proporción de pacientes diabéticos que reciben atención médica para su enfermedad

Atención médica/DM2	N° de casos	Porcentaje
Si	22	84.6
No	4	15.4
Total	26	100

En la tabla 37 se observa l proporción de los pacientes diabéticos que reciben atención médica por unidad de salud, mientras que el 40 por ciento lo cubre el IMSS, el menor lo cubre PEMEX con un 4 por ciento.

Tabla 37. Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica

Institución	N° de casos	Porcentaje
IMSS	10	40.0
ISSSTE	2	8.0
PEMEX	1	4.0
Privada	7	28.0
CEMEV*	5	20.0
Total	25	100.0

**El CEMEV pertenece a la secretaria de salud de Veracruz, CEMEV Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz*

En la tabla 38 se puede observar la proporción de hipertensos que recibe atención médica para dicha enfermedad, vemos que el 80.4 por ciento tiene atención medica mientras que el resto no lo tiene.

Tabla 38. Proporción de pacientes hipertensión arterial sistémica que reciben atención médica para su enfermedad

Atención médica	N° de casos	Porcentaje
Si	37	80.4
No	8	17.4
Total	45	100

Nota: Hay 1 paciente (2.2 por ciento) que no recibe tratamiento en alguna institución de salud

En la tabla 39 se observa la proporción de los pacientes hipertensos que reciben atención médica por unidad de salud, mientras que el 36.2 por ciento lo cubre el IMSS, el menor lo cubre PEMEX con un 2.1 por ciento, cabe mencionar que el 4.4 por ciento no contesta o no responde.

Tabla 39 Servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensión arterial sistémica a recibir atención médica

Institución	N° de casos	Porcentaje
IMSS	17	36.2
ISSSTE	6	12.8
Pemex	1	2.1
Privada	16	34.0
CEMEV	5	10.6
No sabe	1	2.1
No responde	1	2.1
Total	37	100.0

***Las abreviaturas de las instituciones se describen en la página 1*

7.5.2 Derivados del análisis cualitativo

7.5.2.1 Espectro del discurso

Descripción del espectro de la variable discursiva de los alumnos

En el discurso de ambas entrevistas se mencionó en repetidas ocasiones la variable alimentación y en esta existen 2 vertientes: por un lado los alumnos refieren que muchos de ellos se alimentan adecuadamente es decir se alimentan en sus casas con alimentos higiénicamente preparados y con buen contenido nutritivo y llevan colaciones a la escuela para complementar dicha alimentación y por otro lado es decir la segunda vertiente refieren los alumnos en ambas entrevistas que algunos no se alimentan adecuadamente, que no desayunan en sus casas, comen muchos alimentos chatarra como por ejemplo: chicles, alimentos embolsados con mucha grasa como los diversos tipos de frituras, refrescos embotellados, tortas, tacos los cuales se expenden dentro y fuera de la escuela.

Dentro de las entrevistas realizadas a los alumnos también pudo recuperarse que le dan importancia al ejercicio físico a través del deporte para tener una buena salud en este último punto hubo generalidad en las dos entrevistas realizadas.

También mencionan que a algunos de los alumnos sus padres no les brindan cuidados suficientes, esto generalmente por qué los padres trabajan, y también dentro de las variables discursivas de los alumnos mencionan que el alcoholismo de algunos padres también es un factor para la falta de cuidados hacia los hijos.

Por otro lado también están presentes los anti valores como el hecho de que muchos alumnos fumen para ser aceptados socialmente en grupos conformados por otros adolescentes que también fuman.

Observaciones: Hubo participación entusiasta por parte de los alumnos entrevistados a la hora de contestar hubo mucho énfasis en los alimentos chatarra que se expenden dentro y fuera de la escuela.

Segmento de entrevista grupo focal

Oscar ¿y cómo consideran que podría ó puede mejorarse la salud de los estudiantes de esta escuela?
Alumno 1: "yo creo que se podría empezar por ejemplo en la cafetería, que vendan alimentos más saludables, que promuevan eso también este que promuevan también el deporte entre nosotros".

Segmento de entrevista focal a 3 alumnos:

Oscar: ¿Consideran que a algunos de sus compañeros sus padres no les brindan atención suficiente? Pueden hablar libremente de esto.

Alumno 3: "bueno yo si en mi caso y no es por defenderme n i nada de eso mis papás están al pendiente de mi lo suficiente, pues si pero al menos los de generación que son a los que conocemos más a fondo, si te llegas a enterar de casos, como de cosas que hacen o dejan de hacer pues porque no les brindan la atención suficiente".

Oscar: ¿habrá compañeros o compañeras de ustedes que fumen?
A1 "si"
A2 "si"
A3 "si"

Tabla 40. Conceptualización de salud de los alumnos escuela secundaria técnica industrial 3 2007

Subconcepto / Variable Discursiva	Necesidades primarias VAne	Necesidades psicológicas	Necesidades sociales VAso	Necesidades de autorrealización
Grupo focal 1 Alumnos	X 21	X 10	X 2	
Entrevista focal	X 4	X 4	X 2	
Cualificación	Generalidad	Generalidad	Generalidad	Caso extremo

Fuente: Entrevista focalizada y entrevista grupal.

Generalidad: Cuales subconceptos tuvieron generalidad (estuvieron presentes en ambos discursos) y cuáles son los matices de cada uno.
Variabilidad: el subconcepto estuvo presente en uno de los grupos entrevistados y no en los otros.

Espectro de la variable discursiva de los prestadores de servicio.
Como resultado de las entrevistas a la psicóloga y a la trabajadora social se construyó un espectro de percepción de ambas con respecto a los problemas de salud de los alumnos.

Dentro de esta variable discursiva hubo generalidad en cuanto a las enfermedades físicas ya que ambas abordaron el tema se mencionó que son comunes las enfermedades gastrointestinales, también se mencionó la alimentación chatarra, como un problema de alimentación y salud en los adolescentes, existe generalidad en cuanto a la mala calidad de los alimentos que se expenden dentro del plantel educativo.

También se menciona que los alumnos no se abrigan adecuadamente en temporadas de frió y que esto es factor de enfermedad física así como de ausentismo escolar como consecuencia.

También hubo generalidad en cuanto a la mala organización de los padres hacia los adolescentes así como la falta de cuidados y atenciones suficientes.

En cuanto a los trastornos psicológicos hubo variabilidad en el discurso debido a que la psicóloga abordó temas como síntomas físicos derivados de estrés por bajo rendimiento escolar y otros factores de índole familiar.

Observaciones: Hubo buena disposición por parte de los actores sociales entrevistados a contestar las preguntas. El prestador de servicios estaba un poco nervioso solo en un principio.

Segmentos de las entrevistas a prestadores de servicio:

Oscar: ¿Y qué acciones piensa usted que puedan realizarse para mejorar la salud de los estudiantes?

Maestra: "pues en primera bueno del estómago que no coman tanta chatarra aquí, por qué la verdad si les ha hecho daño la comida de aquí y de lo otro púes es no sé ya ahí con que se abriguen un poquito más y que les permitan aquí que traigan un suéter abrigador porque a veces luego también eso de que llegan aquí y les quitan el suéter de color entonces luego si les hace daño, si se han enfermado de eso".
Segmento de entrevista a prestador de servicio 2

Oscar: ¿Cómo considera el estado de salud de los alumnos?

Prestador de servicios: "regular"
Oscar: ¿Por qué regular?

Prestador de servicios: "Porque hay muchos alumnos que manifiestan ciertas irregularidades en su salud sobre todo como son este, dolores físicos, pero muchas veces esos dolores o trastornos físicos repercuten en otro tipo de situaciones que son las emocionales que se manifiestan en forma física".

Oscar: ¿Me podría poner un ejemplo de cómo llega a este conocimiento?

Prestador de servicios: "Bueno yo he visto niños que bajan con frecuencia al departamento de orientación se quejan que les duele el estómago, que tienen diarrea , que les duele la panza etc. Pero son niños que bajan con frecuencia y a mí me salta la idea de que ese niño puede ser que tenga otro tipo de malestar, malestar en su grupo, muchas veces los problemas de reprobación causan ese tipo de malestares en los alumnos, entre comillas porque encuentran cualquier pretexto para salir de su salón de clases por no estar en su salón, porque se sienten mal porque no cumplen con la tarea y llegan al departamento de orientación, manifestando determinado problema de tipo físico".

Tabla 41. Conceptualización de salud de los prestadores de servicio escuela secundaria técnica industrial 3, 2007

Subconcepto Variable Discursiva	Sf salud física	Sp salud psicológica	Ss salud social	Ef Físicos (enfermedad física)	Ep Psicológicos enfermedad psicológica
Pres. Serv 1		X 1		X 3	X 1
Pres. Serv. 2	X 1			X 6	
Cualificación	Generalidad	Generalidad	Caso extremo	Generalidad	Variabilidad

Descripción de espectro de variable discursiva de los directivos

En esta variable discursiva en cuanto a retos de la institución para la salud de los estudiantes, hubo generalidad en ambos discursos director y subdirectora respectivamente, como no se trata de una dependencia de salud sus retos son más enfocados a la educación básica de los alumnos. Menciona el primer directivo que existe un proyecto de escuela saludable a través de una coordinación con los servicios de salud de Veracruz, Por otro lado en estas variables discursivas se refieren también a la alimentación (tema emergente).

Este tema se manejo en dos vertientes una enfocada a la buena alimentación y la otra a una alimentación inadecuada por tratarse del exceso de consumo de alimentos chatarra, inadecuada organización en los horarios de alimentación, también hubo generalidad en ambos discursos en cuanto al estado de salud de los alumnos que en general es considerado por estos actores sociales como bueno. En temas que hacen alusión a la salud psicológica también hubo generalidad en ambos discursos.

Como temas emergentes surgieron la mala alimentación de los alumnos y el consumo de alimentos chatarra dentro del plantel educativo, el director de la escuela mencionó que la cafetería tiene una concesión directa de la SEV. otro tema emergente fue el de la falta de cuidados de los padres hacia algunos estudiantes de la escuela y en este último tema también hubo generalidad. Otro tema emergente fue el de la cultura que desde la perspectiva del director es un factor que influye en los hábitos de los alumnos sobre todo en lo relacionado a la alimentación.

Observaciones: Hubo mucha colaboración por parte de ambos directivos de la escuela.

Segmento de la entrevista al directivo:

Oscar: ¿Cuales son los retos de la dependencia para mejorar la salud de los alumnos?

Directivo: "Miren hay una; todos los directivos no hablo de la técnica 3 sino en general la secretaría de educación en Veracruz se han implementado proyectos, programas, que se tienen que llevar en los planteles, por ejemplo en nuestra escuela , ehh, como en todas llevamos un programa que se llama escuela saludable, en escuela saludable participan por cierto los doctores ehh que están trabajando con nuestra institución y lógicamente ellos tienen que llevar a cabo una serie pues de actividades que redundan en el bienestar con relación a los chicos , hay por cierto otros programas que van de la mano con el de escuela saludable que es escuela para padres, se da una serie de conferencias , de platicas a los papás , sobre todo lo que es salud, alimentación, higiene , seguridad, entonces eso con que nosotros supervisemos que estas actividades se realicen pues creemos que podemos mejorar un poco este problema tan grave".

8. DISCUSIÓN

El presente estudio representa el primer diagnóstico de salud realizado en la Escuela Secundaria Técnica Industrial 3.

Este trabajo es original por varios motivos:
a) Por un lado, además de incluir a la población adolescente de una escuela secundaria, no se limitó exclusivamente a ellos, sino que también se incluyeron a las familias de los adolescentes bajo el supuesto de que, muchos de los factores de riesgo para el estado de salud de los adolescentes se originan en el ambiente familiar.

b) Por otro lado, en este trabajo se han conjuntado diversos abordajes metodológicos, es decir, investigación cuantitativa y cualitativa. Tal decisión ha sido basada, en el hecho de que los diagnósticos de salud que son meramente cuantitativos, con abordajes epidemiológicos causales, no consideran la perspectiva del actor social, por lo que existe la posibilidad de que las estrategias y alternativas de solución propuestas no impacten en la solución de los problemas de salud como se esperaría.
c) Finalmente, este diagnóstico de salud, al ser un tipo particular de investigación[1], ha sido realizado bajo un estricto rigor metodológico, lo que hace que sus resultados tengan un mayor grado de validez.

En este diagnóstico de salud, la identificación de los daños a la salud y de los factores que lo determinan han sido objetivos importantes de este trabajo. Básicamente, para la identificación de los daños hemos recurrido a dos tipos de indicadores, prevalencia e incidencia acumulada. Con la prevalencia, hemos medido la ocurrencia de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, la depresión, el tabaquismo, y alcoholismo. Con incidencia hemos medido, la ocurrencia de casos nuevos de enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda e infección de vías urinarias, en todos estos casos, el registro de la incidencia fue durante los 30

días previos al día de la entrevista.

Con respecto a la identificación de los factores determinantes del estado de salud, y bajo una perspectiva de análisis de riesgos, se utilizaron dos tipos de estimadores: el riesgo relativo y la razón de momios. El primero fue utilizado para comparar incidencias; el segundo en cambio, fue utilizado para compara prevalencias de exposición. En contraste, en el abordaje cualitativo este estudio se centró principalmente en:

Infección respiratoria aguda

Nuestro estudio encontró que la incidencia de IRA en niños menores de 5 años fue de 55 por ciento. La ENSANUT[8], no evaluó incidencia, pero en cambio, señala una prevalencia durante el año 2006, de 42.7 por ciento (niños menores de 10 años). Al hacer una comparación de incidencia por grupo de edad en nuestra población encuestada, encontramos que el grupo < 1 año presentó la mayor frecuencia (100 por ciento), seguido por el de 1 a 4 (63 por ciento). Esto concuerda con lo reportado por la ENSANUT 2006 en donde se dice que uno de cada 2 niños de un año o menos, presenta IRA y su frecuencia desciende conforme a la edad [8].

En este estudio no fue posible realizar una evaluación adecuada de factores de riesgo para IRA, dado que la baja frecuencia del evento no permitió comparar por posibles factores de exposición.

Enfermedad diarreica aguda

La incidencia de EDA que se encontró en este estudio fue de 27.3 por ciento en menores de cinco años. Al comparar estos datos con la ENSANUT 2006, en esta se reportó una incidencia de EDA para el estado de Veracruz en menores de cinco años de 11.9 por ciento [8]. Esta diferencia puede ser explicada, ya que en la ENSANUT se registraron la ocurrencia de casos nuevos de EDA solamente en las dos semanas previas, mientras que, en nuestro estudio se tomó un periodo de cuatro semanas previas a la entrevista, lo cual responde al hecho de que en este trabajo se haya detectado una frecuencia mayor.

En este estudio no fue posible realizar una evaluación adecuada de factores de riesgo para EDA, dado que la baja frecuencia del evento no permitió comparar por posibles factores de exposición.

Infección de vías urinarias

La incidencia de infección de vías urinarias para las mujeres de 15 años y más analizadas en este estudio fue de 2.4 por ciento, predominando en el grupo etáreo de 60 a 64 años de edad con 7.1 por ciento. Esto es menor a lo reportado por otros autores, quien han encontrado una incidencia anual de 9.8 por ciento [18]. La diferencia puede ser explicada por los periodos de seguimiento, ya que mientras en nuestro estudio, IVU fue registrado durante los 30 días previos a la entrevista, en el estudio referido se realizó en un año. En nuestro estudio, se identificaron los siguientes factores de riesgo para IVU: el consumo de alimentos "chatarra" (OR = 4.1 IC95 por ciento 1.1 a 14.7) y la técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción (OR=5.3 IC95 por ciento 1.5 a 17.9).

Hipertensión arterial sistémica

En nuestro estudio encontramos una prevalencia hipertensión arterial sistémica en personas de 20 años y más de 7.5 por ciento. Por otro lado ENSANUT reporta la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 20 años o más, de 30.8 por ciento [8]. Como podemos ver, estas frecuencias distan mucho entre sí, lo cual puede explicarse si consideramos que la ENSANUT fue realizada en población general y nuestro estudio tomo exclusivamente a las familias de los adolescentes.

En el análisis de riesgos encontramos que el ser mayor de 20 años (OR=40.2 IC 95 por ciento 5.6 a 289.7), tener un familiar con hipertensión (OR=5.1 IC 95 por ciento 2.4 a 289.7), y aquellas personas que no realizan ejercicios cotidianamente (OR=9.1 IC 95 por ciento 1.1 a 10.6) tuvieron un riesgo significativo incrementado.

Diabetes mellitus

En nuestro estudio encontramos una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 de 3.9 por ciento, llama la atención este resultado ya que la prevalencia nacional reportada para la ENSANUT 2006 refiere una prevalencia de 7 por ciento, e inclusive la ENSA2000 refiere una prevalencia para el estado de Veracruz de 16 por ciento. Esta diferencia tan importante podría ser explicada en parte por el tipo de población en el que se realizó nuestro estudio ya que no es población general. Por otro lado, el tamaño muestra no fue calculado específicamente para identificar prevalencia de diabetes. En el análisis de riesgos para diabetes, la edad mayor de 40 años (OR=8.4 IC 95 por ciento 3.2 a 22.1), tener un familiar con diabetes (OR=4.7 IC 95 por ciento 1.8 a 11.9), y obesidad (OR=3.1 IC 95 por ciento 1.4 a 6.7) fueron factores de riesgos estadísticamente significativos.

Alcoholismo

La prevalencia del consumo de alcohol en la población

general fue de 5.0 por ciento. El consumo de alcohol en la población adolescente referida por los padres fue de 1.2 por ciento, sin embargo, al preguntar este evento en los propios estudiantes de la ESTI3, ellos refieren una prevalencia de consumo de alcohol de 27 por ciento para el grupo de 10 a 19 años. Llama la atención que, del 100 por ciento de las personas que nos refirieron ingerir bebidas alcohólicas, los adolescentes constituyen más de la mitad con esta característica (55 por ciento). La prevalencia de alcoholismo en adolescentes encontrada en nuestro estudio fue mayor a la reportada en ENSANUT 2006, ya que de acuerdo con esta investigación, a nivel nacional, la prevalencia de alcoholismo en adolescentes es de 17.7 por ciento[8]. En contraste, en un estudio realizado por Almazán Ortega y colaboradores en adolescentes españoles encontraron que el 33 por ciento de ellos consume alcohol el fin de semana, cifra que se asemeja a lo detectado por nuestro estudio[20]. La diferencia en la frecuencia de alcoholismo entre la ENSANUT 2006 y nuestro estudio, puede ser explicada debido a que en la primera se realizó en población adolescentes de la población general, sin que necesariamente fueran estudiantes. En cambio, el estudio de Almazán, aunque fue realizado en otro país, la muestra incluida provenía de adolescentes estudiantes de colegios e institutos. Esto nos puede dar la idea de que los adolescentes cuando se encuentran estudiando comparten ciertos hábitos de consumo del alcohol. Esto deberá ser corroborado por otros estudios.

Tabaquismo

La prevalencia general de tabaquismo reportada en nuestro estudio fue de 10.7 por ciento para la población encuestada. En adolescentes, fue de 25 por ciento lo que supera al 7.6 por ciento encontrado por ENSANUT 2006. Al igual de lo que sucedió con alcoholismo, los adolescentes ocupan un lugar importante ya que del 100 por ciento de las personas que refirieron fumar al momento de la entrevista, el 25 por ciento de la población correspondió a adolescentes[8]. En un estudio de revisión realizado por Kuri-Morales y colaboradores, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, destaca que en México, casi un millón de adolescentes, de 12 a 17 años, en el área urbana, son fumadores, con una prevalencia de 10.1 por ciento[21]. En otros países, en cambio, la prevalencia parece ser similar a la reportada a nivel nacional en México. Por ejemplo, en Mongolia se encontró que el 9.2 por ciento de la población adolescente fuma, lo que resulta más bajo que lo reportado en nuestro estudio [22]. Las diferencias encontradas con respecto a nosotros pueden obedecer a varias situaciones. Por un lado, la Encuesta Nacional de Adicciones fue realizada en población general. En cambio, en el estudio realizado en Mongolia, aunque se hizo en población estudiante, consideramos que las diferencias en hábitos y costumbres distan mucho de los de nuestro entorno. Investigaciones adicionales son requeridas para explicar las diferencias encontradas. En todo caso, en lo que concuerdan todos los autores es que, la frecuencia de tabaquismo en adolescentes es elevada[21, 22].

Tabaquismo y alcoholismo en la perspectiva de los adolescentes

En este sentido, derivado de nuestro abordaje cualitativo encontramos que para los adolescentes es muy importante la aceptación social y el sentido de pertenencia, por lo que es probable que de ello se derive un alto consumo de alcohol y de tabaco. Aunado a lo anterior, parece ser que una deficiente atención por parte de los padres favorece la incursión de los adolescentes en las adicciones como una forma de llamar su atención.

Depresión

En este estudio la prevalencia general de depresión fue de 41 por ciento en la población adolescente, predominando en el sexo femenino (52.6 por ciento) y en el grupo etáreo de 10 a 14 años con 42 por ciento. En el estudio realizado por Monterzino JM y colaboradores, la prevalencia de depresión en adolescentes fue menor (33 por ciento), sin embargo llama la atención que para en este estudio, el sexo femenino tuvo una prevalencia de 34 por ciento mientras que en nuestro estudio la prevalencia de depresión en mujeres adolescentes fue de 52.4 por ciento. Cabe señalar que, en nuestro estudio y en el estudio de Monterzino JM se utilizó la escala de Birleson para medir depresión[19] En nuestro análisis de riesgo para depresión, el sexo femenino (OR=2.0 IC 95 por ciento 1.7 a 5.5) y el tener un familiar con al menos un caso depresión (OR=2.0 IC 95 por ciento 1.1 a 3.6) fueron factores significativamente asociados. Llama la atención que en el estudio de Monterzino JM se identificaron otros factores de riesgo para depresión diferentes a los identificados en nuestro estudio tales como: defunción de un familiar, padres separados y pelea con la novia o los amigos. Lo anterior puede deberse a que, en el estudio de Monterzino se incluyeron adolescentes de varias escuelas públicas y privadas tanto de nivel secundaria como bachillerato, en cambio, en nuestro estudio, la muestra estudiada pertenece exclusivamente a una escuela secundaria pública. En un estudio realizado en el IMSS, la depresión reportada fue de 29.8 por ciento, similar a lo reportado por Monterzino JM, pero por debajo de lo

encontrado en nuestro estudio; con respecto al sexo, la depresión reportada en las mujeres fue de 42.4 por ciento por debajo de lo encontrado en nuestro estudio y más alto de lo reportado por Monterzino JM. Cabe mencionar que en este estudio realizado en el IMSS también fue utilizada la escala de Birleson[23].

En nuestro análisis de los espectros de las variables discursivas, hubo generalidad en lo que respecta a los malos hábitos de alimentación principalmente el consumo de productos chatarra, hubo generalidad en la percepción y opinión de las 3 variables discursivas en cuanto a que la cafetería debería mejorar la calidad de los alimentos que vende, cabe mencionar que la licitación de las cafeterías es directamente con la Secretaria de Educación de Veracruz; nosotros pudimos observar que los alumnos consumen muchos alimentos chatarra, y aún el personal docente, consume alimentos que se expenden en las inmediaciones del centro educativo, por parte de la variable discursiva de los alumnos se mencionó la importancia del ejercicio físico a través del deporte para mantener la salud. También hubo generalidad en los 3 discursos analizados respecto a la falta de cuidados de los padres hacia a algunos de los adolescentes de la escuela por parte de sus padres.

Como dato muy importante cabe mencionar que por parte del discurso de los alumnos hubo generalidad sobre el hecho de que alumnos de la escuela fuman e ingieren bebidas alcohólicas con la finalidad de integrarse a nuevos grupos de adolescentes que fuman o toman; correlacionado esto último con la información recolectada en los cuestionarios podemos concluir que los estudiantes de esta escuela manifiestan una tendencia mayor de adicciones que lo reportado en el nivel nacional para grupos etáreos.

Fortalezas

Consideramos que este trabajo tiene su principal fortaleza en su metodología ya que al ser resultado de la convergencia de varias disciplinas se ha enriquecido el contenido del mismo así como extendido sus alcances. Por otro lado, la metodología para la priorización de daños usadas en este estudio, ha sido a partir de criterios utilizados por la Organización Panamericana de la Salud, medido a través de indicadores bien definidos, lo cual evita la subjetividad del investigador para decidir cuál daño debe ser abordado como prioritario.

Limitaciones

A pesar de lo anterior, este estudio tiene limitaciones que merecen ser mencionadas. Por un lado, el tamaño de muestra, aunque fue obtenido de manera aleatoria, no permitió en todos los casos una adecuada evaluación de la frecuencia de la enfermedad o de sus factores de riesgo. Consideramos que en una alternativa hubiera sido calcular diversos tamaños de muestra para los diferentes daños a la salud y de esta manera, tomar el más grande.

La inasistencia de algunos padres a la cita programada para la aplicación de la encuesta fue una de los problemas que este estudio enfrentó. De hecho, esto pudo dar lugar a que se cometiera el sesgo de selección que consiste en que los sujetos incluidos son diferentes a los no incluidos en el estudio. Lo anterior se resolvió reprogramando las citas en varias ocasiones para cumplir el tamaño de muestra calculado.

Algunas sugerencias para mejorar el desarrollo del trabajo de campo, sería programar un mayor tiempo para la recolección de la información. Con ello, se garantizaría obtener un tamaño de muestra adecuado y probabilístico.

9. PROPUESTAS DE MEJORA

1. Actualizar el diagnóstico de salud cada año, para evaluar el estado de salud de manera continua y dar seguimiento a las propuestas de mejora, ya que con ello se contribuirá a la salud de los adolescentes.

2. Mejorar el servicio de la cafetería, en cuanto a la preparación y venta de alimentos ya que en repetidas ocasiones los alumnos, directivos, maestros y prestadores de servicios refirieron que algunos de los alumnos tienen mala alimentación y tienen consumo de alimentos chatarra.

3. Dar pláticas de adicciones a los padres, ya que en este estudio se demostró la alta prevalencia de alcoholismo y tabaquismo referida por los propios estudiantes.

4. Se sugiere que el departamento de psicología u orientación escolar realice las pesquisas de depresión en población escolar con el fin de identificar aquellos sujetos que necesiten atención.

5. Dar pláticas a los padres para orientar hacia una buena alimentación en sus hijos.

6. Dar pláticas sobre adicciones a los alumnos, en particular refiriéndose al consumo de tabaco y de alcohol en los adolescentes.

7. Se recomienda la sistematización de actividades deportivas que promuevan la convivencia grupal y/o escolar entre los alumnos y maestros para prevenir la depresión en los alumnos.

8. Se recomienda la vinculación entre los directivos de la escuela y la Secretaría de Salud para realizar acciones de medicina preventiva, platicas, cursos y otro tipo de actividades.

10. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

10.1. De los alumnos

A lo largo de este trabajo hemos venido realizando una serie de actividades que bajo la coordinación de nuestros profesores y asesores nos han llevado a la culminación de este trabajo de investigación, ha sido muy laborioso y a la vez nos ha enriquecido de conocimientos, en cómo debe llevarse a cabo este tipo de investigaciones tan necesarias para una correcta toma de decisiones.

Ha sido un poco difícil integrarnos como equipo debido a que cada uno tiene diferentes profesiones, gracias al apoyo de nuestros asesores internos y externo nos hemos podido integrar como tal. Aunque con un poco de dificultades ya que al integrarnos al inicio del semestre éramos tres y al paso del tiempo por problemas del estado de gravidez de una de los integrantes del equipo se redujo a dos haciendo más difícil la recolección de la información, el análisis de la misma y por ende la entrega de resultados, aunque tenemos el apoyo de los asesores y de los maestros si consideramos que fue un trabajo muy arduo y difícil para conseguir la meta propuesta.

En cuanto al personal de la ESTI 3 cuando llegamos por primera vez nos trataron con cierto recelo ya que no sabían a qué íbamos; cuando se enteraron que íbamos a realizar un diagnóstico de salud el trato mejoró notablemente tanto que al final del estudio podríamos decir que formábamos parte de la sede, tanto los directivos, personal docente, administrativos y alumnos tuvieron a bien convivir y facilitar las cosas para la realización de dicho proyecto.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ladrón de Guevara E. Diagnóstico de salud. México. Ensayo. www.mx/ isp/diplomado/módulo-II/ S esi% C 3% B 3 n % 201/ componentes % 20 del % 20 Diagn % C 3 % B 3 stico 1% 20 d % 20 salud.pdf

2. López F. El diagnóstico de salud en epidemiología. En: López F. Enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas. México: Manual Moderno; 2006. p 89-95.

3. OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. 2002. Disponible en: http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/es/homepage.htm

4. Ramos D B. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006. .32 (2) p.0-0.ISSN 0864-3466

5. Mora Carrasco F, Hersch M P. Introducción a la medicina social y salud pública. Editorial trillas. México :1990.

6. Piédrola Gil Medicina Preventiva Y salud pública 10ª. Edición. Barcelona. Editorial Elsevier Masson 2000 . p 9-10.

7. García Romero H. Cordera Pastor A, Vargas Martínez J. diagnostico situacional de unidades medicas de petróleos mexicanos. (2003). Salud Publica Mex. 1993; 35(6):556-62.

8. ENSANUT Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

9. Leon Luque P. Weller J., Fuentes Lastra P. Aspectos sociales de la morbimortalidad de la República de Argentina. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba 51:171-187. 1964.

10. Canales F H. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo del personal de salud Washington: OPS/ OMS; 1999.

11. Taylor SJ y Bogdan R. ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. introducción a los métodos cualitativos de investigación. España; Paidós Básica; 1992 :15-27.

12. Mercado MFJ, Villaseñor FM y Lizardi GA, Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Revista Universidad de Guadalajara. 1999-2000; 17: 19-30

13. Canales M. Peinado A. Grupos de discusión. En Delgado JM, Gutiérrez Juan. Editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicología.1994.

14. San Martín Hernán. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. 1ª. Edición. México, D. F. Editorial de santos, S. A. de C. V; 2001. p 160.

15. Hernández GE, Saldaña ISA. Guía básica para desarrollo de investigaciones: Guía Práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. En prensa. 2007 Mercado F., Torres T. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica.

16. Amezcua M., Gálvez T.A., Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y

reflexiones en voz alta Rev. Esp. Salud pública 2002; 76: 423-436
17. Norma Oficial Mexicana: NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar [Serie de internet]. [Citado 8 de febrero de 2008] Vol. 4 No.4 Octubre-Diciembre 2003 disponible desde:
18. Murillo Rojas, Olga A, Leal-Castro, Aura I y Eslava-Schmalbach, Javier H. Uso de Antibióticos en Infección de Vías Urinarias en una Unidad de Primer Nivel de Atención en Salud, Bogotá, Colombia. *Rev. Salud pública*, jul. 2006, vol.8, no.2, p.170-181. ISSN 0124-0064.
19. Monterzino JM. Benejam La prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la cocha (Tucumán). Rev facultad de medicina Vol. 7, 2, 206 ISSN 1669-8606.
20. Almazán Ortega R, Sousa Vila E, Fernández Soto N, Mate Sánchez FJ. Prevalence and patterns of alcohol consumption in an adolescent population. Atención Primaria. 2006; 38 (8): 465
21. Kuri M P, González R, Hoy M J, Cortés R. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud pública de México 2006; 48 (1): 591-3
22. Rudatsikira E, Dondog J, Siziya S, Muula A s. Prevalence and determinants of adolescent cigarette smoking in Mongolia. Singapure Med j 2008.49 (1): 57
23. Leyva Jiménez R, Hernández Juárez AM, Nava Jiménez G, López Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev. Med. IMSS 2007; 45 (3): 225-232

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS ACADÉMICOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA REGIÓN XALAPA. 2007

Brenda Ruth Jiménez Carmona
Martha Elvia Sánchez Chiñas
Eloisa Domínguez Trejo
Asesor interno: Mtro. Jorge S. Azamar Martínez
Mtro. Enrique Hernández Guerson
Asesor externo: Dr. Víctor Hugo Lunagomez Gómez

1. RESUMEN

Objetivos. Valorar las condiciones de salud de los académicos derechohabientes de la unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana, así como obtener respuestas de fondo acerca de lo que las personas piensan de la salud y de los retos para ofrecer servicios médicos de calidad, con el fin de proporcionar información que permita implementar acciones de salud. Material y métodos. Estudio bimétodo con un abordaje cuantitativo y cualitativo. Para el primero se analizó encuesta aplicada a 267 académicos derechohabientes, en lo referente al abordaje cualitativo se analizaron las interpretaciones de conceptualización de salud y de retos para ofrecer servicios médicos de calidad, obtenidas de las entrevistas realizadas a los tipos sociales.

Resultados y discusión. Las enfermedades no transmisibles son las de mayor prevalencia en la población adulta encuestada, seguida de la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años y adultos mayores. La conceptualización que los académicos y prestadores del servicio médico tienen respecto a salud corresponden a las de tipo orgánico, principalmente crónico degenerativas. La mejoría de las instalaciones, la actualización del personal y tener los mejores servicios de salud con la mayor calidad posible al menor costo se consideran como retos para brindar servicios médicos con calidad. Recomendaciones. Realizar un diagnóstico de salud de toda la población derechohabiente del servicio médico de la Universidad Veracruzana.

2. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se muestran los resultados del estudio que se realizó en la población académica derechohabiente de la unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana (UAIS UV) de la región Xalapa, con la finalidad de obtener información que permitiera valorar la condición del estado de salud, sus factores de riesgo, entre otros; así mismo, elaborar recomendaciones a corto plazo que permitan alcanzar indicadores de salud más favorables.

El trabajo se justificó en la necesidad de contribuir con información sobre la situación de salud de los académicos ya que hasta el momento no se contaban con estudios de esta índole.

Para tal fin se diseñó una propuesta metodológica bimétodo que integró un abordaje cuantitativo y cualitativo en la investigación. Dentro del primer apartado se encuentra el marco referencial en donde se describe la argumentación teórica del diagnóstico de salud, así como la argumentación empírica donde se mencionan estudios realizados sobre la salud de diferentes poblaciones, sus hallazgos e importancia de los mismos.

En el segundo apartado se menciona la formulación del problema donde se explica la justificación de la investigación y se establecen las preguntas tanto del abordaje cuantitativo y cualitativo. El tercer apartado esta conformado por el objetivo general y los objetivos específicos.

En el cuarto apartado se puntualiza la metodología utilizada para el abordaje cuantitativo y cualitativo, precisándose el tipo de estudio y diseño, la descripción del universo y muestra, así como el proceso de priorización de daños; con sus respectivas variables e indicadores para su análisis; dentro de este apartado también se describen las técnicas y procedimientos para la recolección, procesamiento y análisis de la información.

En el quinto apartado se detallan los resultados. Iniciando con la localización geográfica de la sede, sus características físicas y del personal de salud. Posteriormente se abordan los datos obtenidos del análisis cuantitativo, donde se describen las características demográficas, identificación de daños con sus factores de riesgo, y los recursos, servicios y programas de salud

de la población estudiada. En lo referente al abordaje cualitativo se presentan los espectros del discurso y el análisis de las interpretaciones que se obtuvieron de los conceptos investigados.

En el sexto apartado se presenta la discusión de los resultados obtenidos, seguido por el séptimo apartado de propuestas de solución. Por último, el octavo apartado hace referencia a la experiencia del equipo de trabajo durante el desarrollo de la investigación.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 Argumentación teórica

Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud nos ofrece un panorama muy amplio de las condiciones de salud en las que se encuentra una población determinada. En base a este conocimiento se pueden elaborar estrategias integrales que favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para que la población pueda elegir estilos de vida saludables[1].

López Ramos (2006)[2] define el diagnóstico de salud como resultado de un estudio esencialmente epidemiológico, el cual se presenta como un documento cuyos datos (científicamente analizados) sirven para fundamentar las acciones para 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 diagnóstico de salud antecede a cualquier programa de atención médica, ya que determina alternativas para la solución de los problemas de salud.

En cuanto a la extensión el estudio puede comprender sólo una familia, cualquier grupo o todo un estado, una institución o toda una nación. En lo referente a la amplitud dependerá de la aplicación que se le quiera dar, ya sea investigar sólo las causas de enfermedad y muerte, o profundizar sobre estadísticas de mortalidad, morbilidad y factores condicionantes, ya sean psicosociales, económicos y políticos, así como indicadores no sólo del daño a la salud, sino también, del bienestar.

López Ramos (2006)[2] establece los siguientes requisitos para realizar el diagnóstico de salud:

1. Evidenciar el propósito real del diagnóstico
2. Participación del equipo de salud
3. Especialización
4. Calidad de la información
5. Uso de indicadores

De igual manera establece los elementos que debe contener el diagnóstico de salud:

1. Antecedentes

a) Datos históricos-sociales de importancia para la salud pública

b) Referencia de diagnósticos de salud previos con fines comparativos.

c) Resultado o efectos de programas realizados en el lugar (general y específico) para la prevención o control de problemas de salud.

d) Referencia a obstáculos o facilitadores en la ejecución de esos programas.

2. Datos demográficos

a) Población total del área.

b) Distribución de la población por grupos de edad y sexo

c) Grado de dispersión de la población.

d) Población con seguro médico, institucional o privado.

e) Cobertura y accesibilidad de los servicios médicos disponibles.

3. Estadísticas vitales:

Forman parte de las estadísticas demográficas, y pueden ser utilizadas como indicadores de salud. Las más importantes son: mortalidad general, natalidad y fecundidad.

4. Datos socioeconómicos: socioculturales y económicos.
5. Ambiente.
6. Recursos para la salud.
7. Daños a la salud: mortalidad y morbilidad.

Merino (citado por San Martín H. 1981)[3] señala que el diagnóstico de la situación de salud es una subetapa de la planificación en salud, la cual es una etapa del proceso administrativo y comprende un conocimiento e interpretación de cuales son los factores que determinan la planificación, un análisis de las perspectivas futuras y una evaluación de dicha situación.

Establece la siguiente estructura para el diagnóstico de la situación de salud:

Descripción de la situación:

•Población: número de habitantes, distribución por edades, distribución geográfica, tendencia del crecimiento, etcétera.

• Nivel y estructura de la salud (identificación y medición): mortalidad (edades y causas), morbilidad o demanda satisfecha (edades y causas).
•Factores condicionantes vinculados al medio (identificación y medición): características geográficas y climáticas, características sociales del medio (vivienda, agua potable, alcantarillado, cultura, etc.), agentes patógenos, susceptibilidad de la población (estructura por edades, nutrición, etcétera).
• Factores condicionantes vinculados a la política de salud (identificación y medición): cantidad de recursos, organización de los recursos, organización de los recursos (instrumentos, actividades y técnicas), asignación de los recursos a los daños, eficiencia de los recursos (costo de las acciones sanitarias desarrolladas).

Pineault y Daveluy (citado por Ramos Domínguez 2006)[4], proponen la siguiente definición con un enfoque operacional, "diagnóstico de la situación de salud (DSS) es un procedimiento que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades de salud, determinar sus factores causales, como parte de un proceso que no debe concluir hasta la solución o control de los problemas detectados".

La Organización Panamericana de la Salud (citado por Ramos Domínguez 2006)[4] define el Análisis de la situación de salud (ASIS) como el proceso analítico- sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud–enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto.

Los términos del DSS y ASIS tienen el mismo propósito, conocer la situación de salud de acuerdo con las variables de las condiciones de vida[a] y del estado de salud de la población (ESP)[b].

El procedimiento para el estudio del diagnóstico de la situación de salud como proceso de solución de problemas (PSP) implica tres etapas fundamentales:

• La identificación y priorización de problemas y necesidades de salud.
• El análisis para la determinación de sus factores causales y de riesgo.
• La planificación de las acciones para eliminar o controlar esos factores y dar solución a los problemas.

Estas etapas se deben desglosar en pasos y entre las diferentes variantes, se proponen los siguientes:

• Búsqueda de los datos e información según la historia de salud familiar y de otras fuentes.
• Identificación de los problemas de salud y su priorización.
• Determinación de los posibles factores causales y riesgos de cada problema identificado.
• Establecimiento de metas a largo plazo.
• Elaboración del plan de acción, que puede ser simplificado.
• Elaboración y aplicación del plan de ejecución, de trabajo u operacional.
• E valuación de los resultados y comprobar el cumplimiento de los objetivos.

El diagnóstico de la situación de salud con enfoque poblacional se realiza en un territorio – población definido y en un período determinado, bien de todo el país, provincia, o municipio. El procedimiento puede tener fines asistenciales, docentes y de investigación:

• Asistencial. Dirigido a la toma de decisiones para mejorar la calidad de la atención de salud y de sus resultados, siempre en trabajo en equipo o de grupo y con la participación de la población.
• Por necesidad de la docencia, cuya función y responsabilidad es que el estudiante asimile el procedimiento, de forma activa, consciente, independiente, creadora y con rigor de acuerdo con el método científico.
• Para la investigación, propiamente dicha, en que se profundiza mucho más por tener como objetivo encontrar nuevos conocimientos acerca de alguna variable o dimensión de la situación de salud.

White F. (citado por Ramos Domínguez)[4] considera el DSS-ASIS como proceso de solución de problemas, el cual se inscribe como un trabajo de investigación en el campo social, en relación con la salud, en sistemas y servicios de salud y, por tanto, tienen un carácter científico, que es la

[a] *Las condiciones de vida se refieren a las características materiales en que vive la población como pueden ser, las características de la vivienda, el estado nutricional, el analfabetismo, etc.*

[b] *El estado de salud de la población (ESP) se puede definir como: "la expresión, en forma sintética, en un momento histórico concreto, del nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza, la sociedad y entre los propios hombres, respecto a su salud en el plano físico, mental y social".*

forma de abordar la realidad objetiva de los fenómenos de la sociedad, la naturaleza y el pensamiento.

El proceso emplea los métodos epidemiológico, clínico, sociológico y también de planificación para las estrategias y acciones, que tienen la misma naturaleza que en la clínica ya que ambos aplican el método científico, con la diferencia de que en la clínica (diagnóstico y tratamiento) lo hace en el individuo y en el primero para una población, comunidad o grupos[4].

Una vez definidas las variables del ESP, las dimensiones a estudiar y las condiciones de vida, el primer paso es recopilar información, organizarla y presentarla para analizar los datos, empleando las técnicas de estadística correspondientes para identificar los problemas.

Conceptualización de salud

San Martín (1992)[55] menciona que el concepto de salud se ha ido transformando a través del tiempo, ya que anteriormente se consideraba que salud era la ausencia de la enfermedad. En 1945 se presenta una definición de salud admitida universalmente y aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad".

Milton Terris (citado por San Martín)[5], sugirió que existen distintos grados de salud y de enfermedad. Aseveraba que la salud tiene dos polos: uno subjetivo, que sería la sensación de bienestar; y otro objetivo, la capacidad de funcionamiento. Modificó la definición de la OMS, y definió la salud como "un estado de bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función, y no sólo la ausencia de enfermedad o de invalidez".

La salud y la enfermedad son altamente influenciables por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Dichos factores provocan la evolución hacia la salud o hacia la enfermedad, positiva o negativamente, de acuerdo con su mala o buena calidad.

Tapia Conyer (2006)[66] menciona que las personas intentan alcanzar un apropiado bienestar general, a través del equilibrio dinámico en las áreas biológica, psicológica y social. Define a la salud como "el completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente".

En base a que la salud implica la participación de instituciones dedicas al cuidado y mantenimiento de la misma, es importante abordar lo que existe en materia de calidad en los servicios de salud.

Domínguez Márquez (1993)[7] considera que los retos de mayor importancia a los que tiene que hacer frente el administrador de servicios de salud, son mejorar la calidad de los servicios que se brindan a las poblaciones, calidad que esta integrada por varios componentes, siendo de especial interés: las relaciones interpersonales que se dan entre el personal de salud, los pacientes y la población en general. El reclamo persistente por parte de los usuarios de los servicios públicos, radica en: buen trato y eficiencia. La insatisfacción de los usuarios esta dada por múltiples factores, entre los que destaca la escasa preparación de los directivos en la atención operativa de los problemas de salud. En nuestro país existen directivos que manejan unidades médicas y la mayoría cuentan con muy poca preparación en el aspecto administrativo. De tal forma, que aquellos directivos que cuenten con la debida preparación administrativa, conducirán con perfección al personal y podrán abatir la insatisfacción tanto del personal como de los usuarios que utilizan los servicios de salud.

Donabedian (1991)[8] propone una clasificación de la calidad de la atención médica e incluyen los siguientes elementos: características de los sitios en los que tiene lugar el proceso de la atención médica (estructura física, instalaciones y equipo, características generales de organización, organización administrativa, organización del personal, aspectos fiscales de la organización); características de la conducta del proveedor en el manejo de la salud y la enfermedad (grado al cual se llevan a cabo la actividades de detección, actividades diagnósticas, tratamiento, consulta y canalización, coordinación y continuidad de la atención, uso de agencias y recursos de la comunidad); otras conductas del proveedor que sean indicativas de la unión o debilidad en la organización de la atención (cambios y ausentismo del personal, reportes de enfermedad, usos de servicios de salud por proveedores que supuestamente están informados acerca de las fuentes de buena atención); conductas del paciente indicativas de defectos en la organización de la atención o en la relación paciente-proveedor (quejas, cumplimiento o incumplimiento, conocimiento, cambios en el conocimiento o la conducta esperados después de una exposición previa a la atención médica); características del uso de servicios (volumen de servicios); características de salud y otros resultados (resultados de salud, satisfacción).

Estudios bimétodos

Mercado Martínez (2000)[9] señala que los investigadores del área de la salud han adoptado diferentes posturas en cuanto a la combinación de los métodos cuantitativo y cualitativo. Para algunos investigadores la complementariedad de los métodos es posible, otros lo consideran imposible y existe otra postura que acepta la combinación pero ante situaciones y temas de estudios específicos.

Mercado Martínez (2000)[9] cita al respecto lo siguiente "la utilización de un dato determinado y la selección del método de análisis dependen de un conjunto de fenómenos que lo preceden, tal cual es el objeto de estudio y la perspectiva teórica y epistemológica asumida por el investigador, e incluso su posición política y social, lo cual depende de la intersección entre la cultura y el poder".

Cook y Reichardt (1986)[10] coinciden con lo expuesto anteriormente y señalan que el único impedimento para hacer uso de ambos métodos, radica en la tradición. La combinación de los paradigmas se puede lograr al considerar el problema de la investigación y los recursos disponibles.

Collingwood (1953)[11] apunta que la competencia entre métodos es lo último que debería buscarse al desarrollar una investigación, ya que es necesario contemplar la naturaleza del investigador y conjugar las fortalezas y debilidades que caracteriza a los métodos.

3.2. Argumentación empírica

En nuestro país existen diferentes programas que están enfocados a mejorar las condiciones de salud de la población. Tal es el caso del programa nacional de salud 2007-2012, cuyo objetivo general es disminuir el impacto que tienen las enfermedades sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en conjunto. Al cumplirse los objetivos de dicho programa se espera disminuir la mortalidad, tasas de morbilidad, mejorar el nivel de calidad y bienestar, así como cerciorarse de que la población pueda controlar los determinantes de su propia salud[1].

De la misma forma el programa sectorial de salud del estado de Veracruz[12] organiza las estrategias para formar un sistema de salud fortalecido con la participación de todos los actores sociales en la construcción de comunidades saludables. Dentro de este programa se destaca la atención preventiva sobre la curativa, así como el de favorecer el acceso de la población a las instituciones de servicios de salud.

Para que se lleven a cabo acciones de salud es necesario disponer de información relevante que este relacionada con los principales determinantes de las enfermedades, lo cual esta representado con los factores de riesgo. Por este motivo es importante contar con un sistema de vigilancia eficiente que permita identificar prioridades y evaluar las acciones realizadas en el área de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo[13].

En el campo de las investigaciones realizadas, podemos citar el estudio de Izquierdo García B[14], titulado "La salud: un factor que influye en el rendimiento de las funciones sustantivas de los investigadores de la Universidad Veracruzana", cuyos resultados arrojaron que la edad ubicada entre los 45 y 55 años, es una condición que incurren en la generación de enfermedades de tipo crónico-degenerativos, cardiovascular y neurológico, entre otras.

En una investigación realizada por el Consejo Nacional de Población (1999)[15], se destaca que en nuestro país, se observa un modelo denominado transición "polarizada" donde coexisten enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas. La población con un mayor nivel de bienestar se encuentra en una fase avanzada de la transición, mientras que la población más pobre continua rezagada en este proceso.

La publicación sobre enfermedades no transmisibles del Disease Control Priorities Project (2006)[16] señala que las enfermedades transmisibles no son los únicos padecimientos existentes: lo cual se debe a los cambios en la alimentación y los estilos de vida, así como al envejecimiento de la población en los países en desarrollo. Dicho documento indica que en la actualidad existe un gran numero de enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales representan un gran porcentaje de defunciones en los países de bajo y mediano ingreso entre las que destacan las enfermedades del aparato circulatorio, canceres, diabetes, principales trastornos psiquiátricos y las enfermedades respiratorias crónicas.

Maria del Carmen V. Soto Olivares[17] (2002) realizó la tesis titulada "Análisis del grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del servicio medico de la UV-FESAPAUV; fue un estudio descriptivo, el tipo de muestreo fue aleatorio, constituido por 500 participantes; los datos obtenidos se analizaron de manera estadística; la conclusión principal fue que existía una buena satisfacción de los usuarios en cuanto al servicio, y una insatisfacción por los servicios de urgencias.

La estrategia regional y plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud (2006)[18] menciona que "la epidemia de las enfermedades crónicas amenaza el desarrolla económico, social, la vida y la salud de millones de personas. En 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo murieron debido a las enfermedades crónicas. Esta cifra duplica el número de defunciones debidas a todas las enfermedades infecciosas (incluida la infección por VIH y el sida, la malaria y la tuberculosis), las condiciones maternas y perinatales y las carencias nutricionales. Si bien se calcula que las defunciones por las enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuyan 3 por ciento en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán 17 por ciento para 2015".

En el ámbito de las investigaciones de metodología bimétodo, se puede citar la que analiza el posicionamiento de línea de vida, la cual es una estrategia que se orienta a las acciones de prevención y promoción de la salud, con el fin de incidir en las causas de morbilidad y mortalidad. El análisis de este trabajo arrojó un cambio con respecto al concepto de línea de vida en el personal médico que participó. Igualmente los que participaron en el plan de posicionamiento mostraron cambios en lo que respecta a la promoción de salud, prevención y calidad de vida. (Marín Lozano JP, Mota Morales ML, Xolocostli Murguía MSA, 2006)[19].

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Justificación

En las últimas décadas se ha resaltado la importancia de responder a los retos que enfrenta el sistema nacional de salud a través de mecanismos que fortalezcan las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de las enfermedades. En relación con lo anterior, la salud pública asume un papel importante ya que es una parte funcional y operativa dentro del sistema de salud. Las funciones esenciales de salud publica se realizan con un fin concreto "mejorar la salud de las poblaciones".

Las instituciones de salud que pertenecen al sistema nacional, realizan diagnósticos de salud para mantener actualizada la información sobre el estado de salud de la población que atienden, y poder llevar a cabo sus acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

El servicio médico que proporciona la Universidad Veracruzana cuenta con escasa información epidemiológica, lo cual deja en evidencia la existencia de un vacío de conocimiento sobre el estado de salud de sus derechohabientes. Lo dicho anteriormente se encuentra respaldado por la ausencia de un diagnóstico de salud de la población que atiende el servicio médico.

En este sentido, la realización del diagnóstico de salud proporciona información de los daños a la salud, de los factores de riesgo que los condicionan, así como de los recursos con los que se cuentan para enfrentarlos. De igual forma, esta investigación aportará a las autoridades de la Universidad Veracruzana, información que puede ser de utilidad y ayuda en la planeación y programación de acciones para la salud y la operación de los servicios.

La realización de estudios de corte cualitativo que analicen la conceptualización de salud desde la mirada de los derechohabientes y prestadores del servicio médico es escasa. De igual manera son pocas las investigaciones que se han abocado al estudio de los retos para ofrecer servicios médicos de calidad desde la mirada de los directivos de instituciones de salud.

En la elaboración de este diagnóstico de salud se incluye un abordaje cualitativo, con el que se busca complementar la investigación al obtener respuestas a fondo de las interpretaciones que los individuos crean con respecto a la salud. Así como la perspectiva que los prestadores del servicio médico tienen sobre la salud de los académicos derechohabientes y sus dependientes. En cuanto a los directivos se analiza su discurso sobre los retos para la oferta de servicios médicos de calidad.

4.2. Escenario del diagnóstico

La Universidad Veracruzana es una institución pública que inició su existencia formal el 11 de septiembre de 1944, desde entonces ha ido creciendo para constituirse como una universidad grande y compleja con presencia en cinco campus universitarios (Poza Rica- Tuxpan, Xalapa, Veracruz, Córdoba-Orizaba y Coatzacoalcos-Minatitlán), y en veintidós localidades a lo largo del territorio veracruzano.

Actualmente la comunidad universitaria está conformada por la población estudiantil en los cinco campus que integran la Universidad Veracruzana que para el ciclo escolar 2006-2007 es de 73,273 alumnos; dentro del personal académico la planta de trabajadores

docentes, investigadores, ejecutantes, instructores de deporte y técnicos académicos, está constituida por un total de 6,085 personas; y por último, la planta administrativa está constituida por un total de 4,436 personas entre funcionarios, personal de confianza y personal administrativo técnico y manual.

El personal académico de la Institución se encuentra agrupado en la Federación de Sindicatos y Asociaciones de la Universidad Veracruzana (FESAPAUV). Las relaciones entre la Universidad y su personal académico se rigen por el Contrato Colectivo y el Estatuto del Personal Académico. El personal de confianza tiene la opción de incorporarse a cualquiera de las dos agrupaciones gremiales que existen para este tipo de trabajadores: Asociación de Personal y Empleados de Confianza de la Universidad Veracruzana (APECUV) y Asociación Federal de Empleados de Confianza de la Universidad Veracruzana (AFECUV). Las relaciones laborales entre la institución y estos trabajadores se rigen por el Estatuto del Personal de Confianza[20].

La Universidad Veracruzana desde su fundación en 1944 ofrece como una prestación la atención médica de consulta externa, de medicina general y de especialidad. En el año de 1980 se firma el primer Contrato Colectivo de Trabajo del Personal Académico donde aparece la ayuda médica como una prestación.

Conforme a lo estipulado en el Artículo 123 constitucional apartado "A" y en la Ley federal del Trabajo sobre los derechos de los trabajadores, el Contrato Colectivo de Trabajo del Personal Académico FESAPAUV y Universidad Veracruzana contempla en su capítulo IX Cláusulas 98 y 99, lo siguiente:

"Cláusula 98.- La Universidad pagará a los trabajadores académicos los gastos que realicen por honorarios médicos, medicamentos, hospitalización, análisis clínicos, estudios de gabinete, intervenciones quirúrgicas, servicios radiológicos, extracciones, curaciones, obturaciones (amalgamas y resinas), profilaxis, tratamientos fluóricos, reconstrucciones sólo en caso de alteraciones de la función masticatoria, endodoncias y paradoncias.

El derecho a recibir la prestación se hará extensiva al cónyuge, a falta de éste, a la concubina en su caso, los hijos, incluyendo los mayores de 16 años y menores de 23, que acrediten estar estudiando, los padres del trabajador académico, que dependan económicamente y vivan con él.

Cláusula 99. Para efectos de pago, los recibos de gastos médicos serán presentados por conducto de FESAPAUV, a través de los representantes sindicales acreditados para ello"[21].

El Servicio Médico Financiado nace en el año 1987, instalándose en el Edificio Argentina de la Calle de Dr. Lucio. Posteriormente, en el año 1988, ubicado en la Av. Manuel Ávila Camacho, no. 199, En el año 1991 es situado en la calle José Díaz núm. 22; del periodo mayo 1994 a febrero 1996 en Sayago no. 80; en el año 2000 es reubicado en la calle Juárez no. 22, zona centro, dentro de la Plaza UV; para el año 2002 es ubicado en Av. Manuel Ávila Camacho no. 207, y actualmente se encuentra ubicado en la Av. Rafael Murillo Vidal no. 140[22].

Actualmente la Universidad Veracruzana presta el servicio médico a través del Sistema de Atención Integral a la Salud, el cual tiene dos modalidades: servicio médico financiado y el servicio médico de reembolso. El primero se lleva a cabo en la Unidad de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (UAIS-UV) y, el segundo por medio de médicos particulares.

4.3. Preguntas de investigación

4.3.1. Cuantitativa

¿Cuáles son los principales daños a la salud y factores de riesgo de los académicos derechohabientes de la unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana, región Xalapa?

4.3.2 Cualitativa

Las preguntas que se elaboraron para el abordaje cualitativo dentro de esta investigación, se mencionan a continuación, especificando cual corresponde al derechohabiente, al prestador de servicio y al directivo de la unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana.

Académico derechohabiente
Desde la mirada de los académicos derechohabientes ¿Cuáles son las conceptualizaciones que tienen sobre su estado de salud?

Prestador del servicio
Desde la mirada de los prestadores del servicio ¿Cuáles son las conceptualizaciones que tienen sobre el estado de salud de los académicos derechohabientes?

Directivo
Desde la mirada de los directivos ¿Cuáles son los conceptos que orientan la definición de los retos para la oferta de servicios médicos de calidad?

5. OBJETIVOS

5.1. General

Valorar las condiciones de salud de los académicos derechohabientes de la unidad de atención integral a la salud de la universidad Veracruzana, así como obtener respuestas de fondo acerca de lo que las personas piensan de la salud y de los retos para ofrecer servicios médicos de calidad, con el fin de proporcionar información que permita implementar acciones de salud.

5.2. Específicos

5.2.1. Cuantitativos

1. Conocer las principales causas de morbilidad y mortalidad que afectan a los académicos derechohabientes de la unidad.
2. Conocer los factores de riesgo que propician las enfermedades de los académicos derechohabientes de la unidad.
3. Identificar los recursos de salud disponibles para resolver o controlar las problemáticas.

5.2.2. Cualitativos

La metodología cualitativa desarrolla sus conceptos intelectuales y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. En los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible. Comienzan sus estudios con interrogantes sólo vagamente formulados.[2323] Motivo por el cual no se mencionan los objetivos específicos para este apartado.

6. METODOLOGÍA

El presente trabajo fue un estudio bimétodo, ya que posee métodos cuantitativos y cualitativos[10].

6.1 Abordaje cuantitativo

6.1.1 Tipo de estudio y diseño

El tipo de estudio para este diagnóstico de salud fue:
• Transversal, debido a que se estudiaron las variables simultáneamente[24].
• Descriptivo, puesto que se determinó cómo esta la situación de salud de la población estudiada[24].
• Observacional, porque sólo se describió el fenómeno a estudiar y no se modificaron los factores que intervenían en el proceso[25].

6.1.2. Descripción del universo y muestra

El universo de trabajo que se utilizó en el presente estudio estuvo conformado por 6,723 académicos de la unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana.

Para el diseño del tamaño de la muestra se utilizo la siguientefórmula:

N = 6,723
p = 0.5
d = 0.06
z = 1.96

$$n_0 = \frac{z^2\ p(1-p)}{d^2}$$

En donde el universo (N) fue de 6,723 académicos derechohabientes, la ocurrencia (p) de 0.5, el margen de error utilizado (d) de 0.06 y el nivel de confianza (z) de 95 por ciento lo cual equivale a 1.96.

Sustituyendo la formula:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2\ 0.5(1-0.5)}{(0.06)^2} = 276$$

El tamaño de la muestra obtenida fue de 267 académicos universitarios de la UAIS UV. El tipo de muestreo utilizado fue por conveniencia[24], debido a que así convenía a la pregunta de investigación, ya que los recursos humanos y el tiempo con el que se disponía eran escasos. Los elementos que integraron la muestra se eligieron en función de que compartieran la característica de ser académicos universitarios que tuvieran derecho al servicio médico de la UV. Se tenía estimado cubrir la muestra encuestando a todos los académicos que acudieran a la UAIS UV, pero debido a que en la primera semana de aplicación de los cuestionarios solo se llevaba el 25 por ciento de avance, se decidió consultar a los expertos en estadística del Instituto de Salud Pública de la UV y ante la necesidad de cubrir la muestra se resolvió salir a los lugares de trabajo de los académicos universitarios para poder cubrirla.

El muestreo por conveniencia permitió la representatividad de la población estudiada ya que se encuestaron exclusivamente académicos universitarios que tuvieran derecho al servicio médico de la UV, visitando los institutos de investigaciones ubicados en la

Av. Luis Castelazo, s/n, Col. Industrial las Animas, así como las facultades de medicina, enfermería y bioanálisis; la limitación en este tipo de muestreo radicó en que no se pueden extrapolar los resultados con el resto de la población que atiende la UAIS UV.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:
• Todos los académicos derechohabientes de la unidad de atención médica Xalapa que quisieran participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:
• Funcionarios y empleados de confianza de la UAIS UV.

Criterio de eliminación:
• Se había considerado eliminar los cuestionarios que presentarán inconsistencia de llenado en la sección de identificación y características demográficas. No se eliminaron cuestionarios debido a que ninguno presentó inconsistencia.

6.1.3. Priorización de daños

6.1.3.1. Aspectos básicos

La priorización de daños a la salud se refiere a establecer un orden de importancia de las diferentes patologías que afectan la salud de una población[26]. Si nos abocáramos a investigar y atender todas las patologías, implicaría la disposición de tiempo y recursos muy grandes; a lo que Anderson, citado por Dever[27], comenta: "debido a que las necesidades de salud en todo momento exceden a los recursos disponibles, es necesario hacer elecciones. El médico de la comunidad (epidemiólogo), tiene la función de señalar las evidencias que puedan servir de guía para las decisiones políticas, especialmente, en la segunda y tercera etapa de planificación". La contribución que la epidemiología ofrece para la determinación de prioridades, se basa en un concepto relativamente simple: los problemas de salud más importantes son aquellos que causan las mayores pérdidas y resultan más difíciles de prevenir y de mejorar[27].

6.1.3.2. Criterios de priorización

Los criterios que se deben de tomar en cuenta para la priorización de daños a la salud son magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y viabilidad.

La magnitud contempla el grado de afectación de la población y esta información se puede apoyar con las tasas específicas de cada patología, tanto para morbilidad como para mortalidad. Es posible aplicar técnicas epidemiológicas para estimar la pérdida de vida, como consecuencia de una causa de mortalidad determinada o, de manera similar, para calcular el tiempo de vida perdido debido a una causa de morbilidad[27]; esto es la trascendencia. Otro criterio es la vulnerabilidad, el cual se refiere a la sensibilidad que acusa un problema frente a un programa de salud o la celeridad con que se puede prevenir la enfermedad o reducir sus efectos adversos. La factibilidad se refiere a la posibilidad de que los servicios de salud puedan instrumentar acciones para abatir y controlar los daños, para lo cual deben existir dos elementos importantes: la disponibilidad tecnológica y la voluntad política reflejada de manera presupuestal. Por último, la viabilidad implica la aceptación social que la población tenga de esa intervención para los daños a la salud[26].

6.1.3.3. Proceso de priorización y resultados

Teniendo en cuenta los elementos anteriores, se procedió a analizar qué población era la más parecida, en términos epidemiológicos, a la población de nuestra sede. Se optó por hacer el ejercicio de priorización con el estado de Veracruz, tomándolo como población de referencia, y la ciudad de Xalapa como población de estudio, ambas del año 2006. La priorización de daños para mortalidad y morbilidad utilizó distintos indicadores, los cuales se presentan a continuación (Tabla 1).

Tabla 1. Indicadores de priorización para mortalidad y morbilidad

Indicadores	Mortalidad	Morbilidad
Magnitud	Tasas de mortalidad específicas por causas.(TMEC)	Incidencia.
Trascendencia	Años de vida potencialmente perdidos (AVPP).	Letalidad.
Vulnerabilidad	Razón estandarizada de mortalidad (REM).	No se utilizó, ya que es un indicador subjetivo para morbilidad.

Fuente: trabajo intergrupal de alumnos y académicos de la Maestría en Salud Pública de la UV.

Se considera daño priorizado al que resulte con mayor puntaje al multiplicar, ya sea para mortalidad o morbilidad, lo siguiente: mortalidad (TMEC * AVPP * REM), morbilidad (Incidencia * letalidad). Ver tabla 2.

Tabla 2. Priorización de daños para mortalidad. Xalapa, 2006

Causa	Tasa	AVPP	REM	Priorización
Diabetes mellitus	6.28	2,393.42	11.5	172,852.8
Infarto agudo del miocardio	3.30	1,306.75	2.6	11,211.9
Otras enfermedades del hígado	1.98	955.25	2.3	4,350.2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1.68	544	10.5	9,596.2
Otras enfermedades cerebro vasculares	1.58	397.5	4.95	3,108.8
Las demás enfermedades isquémicas del corazón	1.29	318.5	8.42	3,459.5
Síndrome de dependencia del alcohol	1.27	1,078	5.88	8,050.1
Insuficiencia renal	1.30	592	9.1	7,003.4
Accidentes de vehículo por tráfico de motor	1.20	1,525	9.8	17,934.0
Neumonía	1.00	681.51	4.7	3,203.1

Nota: tasa por 10.000 habitantes. Fuente: servicios de salud de Veracruz 2006.

Al realizar el ejercicio para morbilidad se obtuvieron los siguientes resultados: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales y las infecciones de vías urinarias fueron las patologías priorizadas en la población de Xalapa para el año 2006. La trascendencia fue de cero, ya que no se presentaron defunciones para las patologías seleccionadas, motivo por el cual sólo se tomó en cuenta la incidencia; ya que sí se multiplicaba la magnitud por la trascendencia se obtendrían resultados nulos (Tabla 3).

Tabla 3. Priorización de daños para morbilidad. Xalapa, 2006

Causa	Incidencia (magnitud)	TMC (trascendencia)	Priorización
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	51.2917951	0	51.2917951
Infecciones respiratorias agudas	161.5581792	0	161.5581792
Infección de vías urinarias.	32	0	32
Úlceras, gastritis y duodenitis.	18	0	18

Nota: tasa por 10.000 habitantes
Fuente: servicios de salud de Veracruz 2006.

6.1.4. Variables e indicadores para el análisis

6.1.4.1. Análisis cuantitativo

6.1.4.1.1. Demográfico

En este apartado se describen las variables e indicadores que se utilizaron para el análisis demográfico.

Tabla 4. Variables e indicadores para el análisis demográfico. Diagnóstico de salud UAIS-UV 2007

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicador
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.		Edad proporcionada por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda.	Frecuencia absoluta y porcentaje de la población por grupos quinquenales de edad y sexo
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.		Sexo declarado por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda. Hombre Mujer	Frecuencia absoluta de sexo. Razón hombre mujer Porcentaje de la población por sexo

Crecimiento Natural	Diferencia entre el número de nacimientos y muertes de una población en un periodo de tiempo determinado.	Nacimientos ocurridos en 2006	Número de nacimientos en el 2006 (según declaración del entrevistado) entre la población total en donde ocurrieron esos nacimientos por 1000.	Tasa de natalidad de una población – Tasa bruta de mortalidad
		Defunciones ocurridas en 2006	Número de defunciones ocurridos en el 2006 (según declaración del entrevistado) entre la población total en donde ocurrieron esas defunciones por 1000.	
Lugar de residencia	Localidad o colonia donde reside la persona.		Se consignará localidad para quienes vivan fuera de Xalapa y colonia para quienes vivan dentro de Xalapa.	Porcentaje de la población que reside en el municipio de Xalapa.

Fuente: trabajo intergrupal de alumnos y académicos de la Maestría en Salud Pública de la UV.

6.1.4.1.2. Priorización de daños

En un apartado anterior, se explicó cómo se realiza el proceso de priorización de daños a la salud. A continuación se describen las variables e indicadores utilizados en el análisis de la priorización, tanto para morbilidad como para mortalidad (Tabla 5).

Tabla 5. Variables e indicadores para la priorización de daños. Diagnóstico de salud UAIS-UV 2007

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicador
Morbilidad	La morbilidad es el número total de enfermos de un padecimiento, en un tiempo y espacio determinado[2828].	Magnitud (M).	Casos nuevos de enfermedad en la población en riesgo.	Tasa de incidencia específica por causa. Índice: índice de priorización de la morbilidad = M (magnitud) * T (trascendencia
		Trascendencia (T).	Número de defunciones por causa entre población en riesgo.	Tasa de mortalidad específica por causa. Índice: índice de priorización de la morbilidad = M (magnitud) * T (trascendencia).
Mortalidad	Número total de defunciones, por todas las causas, en un tiempo y espacio determinado.[28]	Magnitud (M)	Número de defunciones por causa entre la población a mitad del año, en un lugar y momento determinado.	Tasa específica de mortalidad por causas. Índice: índice de priorización de la mortalidad =M (magnitud) * T (trascendencia) * V (vulnerabilidad).
		Trascendencia (T)	Número de defunciones por grupo de edad, punto medio del intervalo y esperanza de vida.	Años de vida potencialmente perdidos. Índice: índice de priorización de la mortalidad =M (magnitud) * T (trascendencia) * V (vulnerabilidad).
		Vulnerabilidad (V)	Tasa de mortalidad por causa de la población estándar y el total de la población de estudio.	Razón estandarizada de mortalidad. Índice: índice de priorización de la mortalidad =M (magnitud) * T (trascendencia) * V (vulnerabilidad).

Fuente: trabajo intergrupal de alumnos y académicos de la Maestría en Salud Pública de la UV.

6.1.4.1.3. Daños priorizados

La definición de los daños priorizados que se decidieron analizar, tanto para morbilidad, como para mortalidad, se basó en un análisis de todos los resultados obtenidos en el ejercicio de priorización que cada equipo de trabajo de la Maestría en Salud Pública obtuvo. Donde se incluyeron los daños que fueron semejantes, así como los que se estimo merecían ser objeto de estudio. Las patologías de cada uno de los daños a la salud son los siguientes: Morbilidad (infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, infecciones de vías urinarias, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus). Mortalidad (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cirrosis hepática).

6.1.4.1.4. Análisis epidemiológico

En este apartado se presentan las variables e indicadores de los daños priorizados, mencionados anteriormente, para morbilidad y mortalidad (Tabla 6 y 7).

Tabla 6. Variables e indicadores para el análisis epidemiológico. Morbilidad. Diagnóstico de salud UAIS-UV 2007

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Construcción del índice	Indicador
Morbilidad	La morbilidad es el número total de enfermos de un padecimiento en un tiempo y espacio determinado[2].	Infecciones respiratorias agudas (IRAS)	Casos nuevos acumulados de IRAS, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Casos nuevos acumulados de IRAS entre población en riesgo	Incidencia acumulada de IRAS en el último mes previo a la entrevista
		Enfermedades diarreicas agudas (EDAS)	Casos nuevos acumulados de EDAS, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Casos nuevos acumulados de EDAS entre población en riesgo	Incidencia acumulada de EDAS en el último mes previo a la entrevista
		Infección de vías urinarias (IVUS)	Casos nuevos acumulados de IVU, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Casos nuevos acumulados de IVU entre población en riesgo	Incidencia acumulada de IVU en el último mes previo a la entrevista
		Hipertensión arterial (HA)	Casos conocidos de Hipertensión arterial en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Casos conocidos de HTA entre población en riesgo.	Prevalencia de Hipertensión arterial al momento de la entrevista.
		Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM)	Casos conocidos de Diabetes Mellitus Tipo 2 en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Casos conocidos de Diabetes Mellitus Tipo 2 entre población en riesgo.	Prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 al momento de la entrevista.
		Alcoholismo	Casos conocidos de Alcoholismo en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Casos conocidos de Alcoholismo entre población en riesgo.	Prevalencia de Alcoholismo al momento de la entrevista.

Fuente: trabajo intergrupal de alumnos y académicos de la Maestría en Salud Pública de la UV.

Tabla 7. Variables e indicadores para el análisis epidemiológico. Mortalidad. Diagnóstico de salud UAIS-UV 2007

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Construcción del índice	Indicador
Mortalidad	Número total de defunciones por todas las causas en un tiempo y espacio determinado.	Diabetes Mellitus	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Diabetes Mellitus Tipo 2 en los últimos 7 años en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Diabetes Mellitus Tipo 2 entre población en riesgo Defunciones por Diabetes Mellitus Tipo 2 entre Total Casos conocidos de Diabetes Mellitus Tipo 2 en los últimos 7 años	Tasa de Mortalidad anual por Diabetes Mellitus Tipo 2. Tasa de Mortalidad por DM2 anual por grupo de edad. Letalidad por Diabetes Mellitus Tipo 2 en los últimos 5 años.
		Cirrosis	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Cirrosis durante el último año.	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Cirrosis entre población en riesgo	Tasa de Mortalidad anual por Cirrosis Tasa de Mortalidad por Cirrosis anual por grupo de edad.
		Infarto al Miocardio	Defunciones conocidas a infarto al Miocardio durante el último año.	Defunciones conocidas por Infarto al Miocardio entre población en riesgo	Tasa de Mortalidad anual por Infarto al Miocardio Tasa de Mortalidad por Infarto de Miocardio anual por grupo de edad.
		Hipertensión Arterial	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Hipertensión Arterial en los últimos 5 años en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Hipertensión Arterial entre población en riesgo Defunciones por Hipertensión arterial entre Total Casos conocidos de Hipertensión arterial en los últimos 5 años	Tasa de Mortalidad anual Hipertensión arterial Tasa de Mortalidad por HTA anual por grupo de edad. Letalidad por Hipertensión arterial en los últimos 5 años.
		Accidentes de Trafico	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Accidentes de Trafico durante el último año y reportados al momento de la entrevista.	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Accidentes de tráfico entre población en riesgo	Tasa de Mortalidad anual por accidentes de tráfico. Tasa de Mortalidad por accidentes de tráfico anual por grupo de edad.

Fuente: trabajo intergrupal de alumnos y académicos de la Maestría en Salud Pública de la UV.

6.1.4.1.5. Factores de riesgo para los daños priorizados

La presencia de un factor de riesgo puede traer, como consecuencia, la aparición de una o más enfermedades en un período suficiente que le permita el desarrollo de la acción del factor. Igualmente, una enfermedad puede ser fruto de uno o más factores de riesgo, independientes o asociados, que actuando en forma simultánea pueden aumentar el riesgo de la enfermedad.

La razón o relación del riesgo o probabilidad de enfermar en el grupo expuesto, sobre el riesgo de enfermar en el grupo no expuesto, se llama riesgo relativo. Mientras más alto sea el riesgo relativo, mayor será la fuerza de la asociación.

Cuando el riesgo relativo es igual a uno, equivale a que los riesgos son iguales en cada grupo y que, el llamado factor de riesgo, no tiene influencia en el desarrollo de la enfermedad o efecto. Cuando el riesgo relativo es mayor de uno, significa que el factor de riesgo puede estar implicado, en estas circunstancias del estudio, como responsable de la enfermedad, como un paso hacia el establecimiento de causalidad. Si esta relación es menor de uno, implicaría que el factor de riesgo investigado puede ser protector.

La razón de momios se refiere al número de formas en que un evento puede ocurrir el cual es comparado con el número de formas en que no puede ocurrir. Si la razón de momios es mayor a uno indica que la relación de la enfermedad a la exposición es improbable que sea por azar[29].

Los factores de riesgo de cada uno de los daños priorizados se detallan en el anexo 1, se incluye la definición conceptual, dimensiones, definición operacional y los indicadores para cada uno de ellos.

4.1.4.1.6. Recursos, servicios y programas de salud

Las variables e indicadores de recursos, servicios y programas de salud que se analizaron fueron las siguientes: cobertura de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas, derechohabiencia, utilización de los servicios de salud y percepción de la calidad de los servicios de salud (Tabla 8).

Tabla 8. Variables e indicadores de recursos, servicios y programas de salud. Diagnóstico de salud UAIS-UV 2007

Variable	Definición operacional	Indicador
Cobertura de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas	Total de personas detectadas en la encuesta que declararon padecer alguna de las patologías crónicas priorizadas y que manifestaron estar en control médico, divididas entre el total de personas que declararon padecer dicho daño, expresado en porcentaje.	Porcentaje de cobertura de los programas de enfermedades crónicas, priorizadas.
Derechohabiencia	Personas de la familia que según el informe declara que tiene derecho a los servicios de salud de cualquiera de las siguientes instituciones: Servicio Medico U.V., IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Ninguna.	Porcentaje de personas según institución de derechohabiencia.
Utilización de los servicios de salud	Las instituciones de salud que el informante declara utilizan con mayor frecuencia los miembros de la familia: Servicio Médico U.V., IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Ninguna.	Porcentaje de personas según utilización de los servicios por institución.
Percepción de la calidad de los servicios de salud	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud, que utiliza la familia con mayor frecuencia y pueden ser: Buena Regular Mala	Porcentaje de personas entrevistadas según opinión de la calidad de los servicios de salud, que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena Regular Mala

Fuente: trabajo realizado por docente del módulo de Salud Publica I, de la Maestría en Salud Pública de la UV.

6.1.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.1.5.1. Mecanismos y técnicas empleadas para la recolección de la información

La técnica que se utilizó para el abordaje cuantitativo fue la encuesta, la cual permitió obtener información proporcionada por los sujetos de estudio[30]. Se aplicaron 267 cuestionarios a los académicos derechohabientes adscritos a la UAIS así como los que fueron abordados en su lugar de trabajo y aceptaron participar en la encuesta,

6.1.5.2. Instrumentos utilizados en la recolección de la información

El instrumento de recolección fue el cuestionario. Éste constó de 151 preguntas cerradas, sin gradación en las alternativas de respuesta y preguntas abiertas (Tabla 9). El cuestionario puede consultarse en el anexo 2.

Tabla 9. Cuestionario diagnóstico de salud. Unidad de Atención Integral a la Salud Universidad Veracruzana. Xalapa 2007

Nombre de la sección	Contenido
Identificación.	Contiene dirección, zona rural o urbana, nombre del entrevistador, fecha de aplicación, hora de inicio y término, duración, tiempo de estar acudiendo a la unidad.
Características demográficas.	Habitantes de la vivienda, edad, sexo, parentesco, derechohabiencia, antecedentes heredofamiliares.
Para personas de 12 años y más.	Condición económica, alfabetismo, escolaridad, hábito tabáquico, alcoholismo, actividad física, obesidad.
Defunciones.	Características demográficas del fallecido, causa de la defunción, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y obesidad del fallecido.
Características de la vivienda.	Material de construcción de la vivienda, disponibilidad de agua, drenaje y electricidad, disposición de excretas y basura, hacinamiento, higiene.
Salud en el menor de 5 años.	Factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.
Salud en el adulto mayor.	Factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas.
Diabetes.	Estilos de vida de personas diabéticas y defunciones por diabetes mellitus.
Hipertensión arterial.	Estilos de vida de personas hipertensas y defunciones por hipertensión arterial.
Infarto agudo del miocardio.	Estilos de vida de personas que hayan sufrido un infarto agudo al miocardio y defunciones por infarto.
Cirrosis	Factores de riesgo para mortalidad por cirrosis.
Infección de vías urinarias	Para mujeres de 15 años y más, factores de riesgo para adquirir infecciones de vías urinarias.
Accidentes de tráfico por vehículo de motor	Factores de riesgo para mortalidad y morbilidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor.

Fuente: trabajo intergrupal de alumnos y académicos de la Maestría en Salud Pública de la UV.

6.1.5.2.1. Validación de los instrumentos

La validación del instrumento se llevó a cabo en tres etapas. En la primera se realizaron varias revisiones de los reactivos que conformaban el cuestionario. En la segunda etapa se realizó un estudio piloto con una muestra semejante a la de nuestra población; el cuestionario se aplicó a diez académicos derechohabientes ubicados en el área de institutos de investigación de la UV, con el fin de evaluar el grado de comprensibilidad de las preguntas, si la escala de respuesta era adecuada, si existía rechazo a contestar alguna de las preguntas y si el tiempo que era necesario invertir para responder a la encuesta era aceptable para el entrevistado. En la tercera etapa se realizaron cambios menores en la formulación de las preguntas elaborándose la versión final del cuestionario.

6.1.5.2.2. Resultados de la prueba piloto

Los resultados obtenidos de la prueba piloto fueron los siguientes:
En cuanto a la comprensibilidad de las preguntas, se encontró que algunas requerían más opciones de respuesta. De igual manera algunas fueron percibidas como poco claras y en otros casos se hallo que eran repetitivas. Debido a lo cual se realizaron modificaciones en las escalas de respuesta y se agregaron otras, así como modificaciones en la redacción de las preguntas.

En lo referente al rechazo de las preguntas, ninguno de los entrevistados manifestó indisposición para responderlas.

En relación al tiempo que requería la aplicación del cuestionario, se obtuvo un tiempo promedio de quince minutos, el cual se consideró aceptable por parte de los entrevistados.

6.1.6 . Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.1.6.1. Procedimientos para el procesamiento de la información

Los 267 cuestionarios fueron capturados, por las tres integrantes del equipo, en el programa estadístico SPSS versión 12.0, una vez terminada la captura se integraron todos los cuestionarios capturados y se obtuvo la base de datos. Posteriormente estos datos se unificaron, para proceder con la validación y análisis de la información. Con los datos obtenidos se procedió a realizar las operaciones correspondientes para obtener: distribuciones, razones, tasas, proporciones, frecuencias y evaluación de factores de riesgo para los daños, este último apartado mediante el programa EPI Info versión 6.0.

6.1.6.2. Indicadores para la descripción

Los indicadores utilizados para características socio-demográficas fueron los siguientes:
- Distribución por edad en grupos de edad y por sexo.
- Razón hombre mujer.
- Tasa bruta de mortalidad para el 2007.
- Tasa bruta de natalidad para el 2007.
- Tasa de crecimiento natural para el 2007.
- Tasa de fecundidad general para el 2007.
- Distribución por lugar de residencia.
- Distribución por nivel de escolaridad (≥ 12 años).
- Distribución por condición de actividad económica (≥ 12 años).
- Proporción de población analfabeta por sexo (≥ 15 años).
- Distribución del nivel económico familiar.
- Frecuencia de hacinamiento.
- Proporción de viviendas en condiciones desfavorables.

Para la identificación de los daños los indicadores fueron los siguientes:

Morbilidad
Incidencia acumulada[c] de:
- Infección respiratoria aguda en niños < 5 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general, por edades desplegadas y por sexo.
- Infección respiratoria aguda en el adulto mayor durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general y por sexo.
- Enfermedad diarreica aguda en niños < 5 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general, por edades desplegadas y por sexo.
- Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general y por grupos de edad de interés epidemiológico[d].
- Frecuencia de accidentados por grupos de edad y sexo.
- Frecuencia por sexo y por grupos de edad de interés epidemiológico.

Prevalencia[29](al momento de la entrevista) de:
- Hipertensión arterial sistémica: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.
- Diabetes mellitus: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.
- Alcoholismo: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.
- Tabaquismo: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

Mortalidad
- Distribución anual de las 10 principales causas de muerte por sexo y grupos de edad.

Para la evaluación de factores de riesgo los indicadores utilizados fueron:

Evaluación de factores de riesgo
Factores de riesgo para enfermar

Daño: Infección respiratoria aguda en niños < 5 años.

Posibles factores de riesgo.
- Sin lactancia materna Vs. con lactancia materna.
- Con exposición a humo de leña o carbón Vs. sin exposición a humo de leña o carbón.
- Con exposición a humo de tabaco Vs. sin exposición a humo de tabaco.

[c] *Incidencia acumulada: Casos nuevos de enfermedad acumulados en un período determinado de tiempo dividido por la población en riesgo.*

[d] *Los grupos de edad de interés epidemiológico son < 1 año, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-44, 45-49, 50-59, 60-64, ≥65 años.*

• Esquema incompleto de pentavalente Vs. esquema completo de pentavalente.
• Esquema incompleto de anti-influenza Vs. esquema completo de anti-influenza.
• El responsable del menor es analfabeta Vs. el responsable del menor no es analfabeta.
• El responsable del menor NO está capacitado en el manejo de la infección respiratoria aguda Vs. el responsable del menor está capacitado en el manejo de la infección respiratoria aguda.
• Nivel económico familiar bajo Vs. nivel económico familiar alto
• Nivel económico familiar bajo Vs. nivel económico familiar medio.

Daño: Infección respiratoria aguda en el adulto mayor (sujetos ≥ 60 años).

Posibles factores de riesgo:
• Con exposición a humo de leña o carbón Vs. sin exposición a humo de leña o carbón.
• Con exposición a humo de tabaco Vs. sin exposición a humo de tabaco.
• Esquema incompleto de anti-influenza Vs. esquema completo de anti-influenza.
• Esquema incompleto de anti-neumocóccica Vs. esquema completo de anti-neumocóccica.
• Con diabetes Vs. sin diabetes.
• Con hipertensión Vs. sin hipertensión.
• Con algún tipo de cáncer Vs. sin cáncer.
• Nivel económico familiar bajo Vs. nivel económico familiar alto.
• Nivel económico familiar bajo Vs. nivel económico familiar medio.

Daño: Enfermedad diarreica aguda en niños < 5 años de edad.

Posibles factores de riesgo:
• Vivienda con agua entubada Vs. vivienda sin agua entubada.
• Vivienda con drenaje Vs. vivienda sin drenaje.
• Vivienda con piso de tierra Vs. vivienda con piso de cemento, mosaicou otro material diferente al de tierra.
• Almacenan la basura dentro de la vivienda Vs. almacenan la basura fuera de la vivienda.
• Basura almacenada dentro de la vivienda sin tapar Vs. basura almacenada dentro de la vivienda cubierta o tapada (aplica sólo en los casos en que se refiera que la basura la almacenan dentro de la vivienda).
• Sin lactancia materna Vs. con lactancia materna.
• No consumen agua potable Vs. consumen agua potable.
• Desinfecta o lava frutas-verduras Vs. no desinfecta o no lava frutas-verduras.
• El responsable del < 5 años no se lava las manos antes de comer ni después de ir al baño Vs. el responsable del < 5 años se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.
• Al < 5 años no le lavan las manos antes de ir a comer Vs. al < 5 años sí les lavan las manos antes de ir a comer.
• Al < 5 años no le lavan las manos después de ir al baño Vs. al < 5 años sí le lavan las manos después de ir al baño.
• Nivel económico familiar bajo Vs. nivel económico familiar alto.
• Nivel económico familiar bajo Vs. nivel económico familiar medio.

Daño: Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años de edad.

Posibles factores de riesgo:
• Con diabetes Vs. sin diabetes.
• Con algún tipo de cáncer Vs. sin cáncer.
• Con infección por VIH Vs. sin infección por VIH.
• Con inmunosupresión Vs. sin inmunosupresión.
• Usa baños públicos Vs. no usa baños públicos.
• Ingiere menos de 2 litros de agua al día Vs. ingiere 2 litros o más de agua al día.
• Consumo diario de refrescos Vs. sin consumo diario de refrescos.
• Consumo diario de "alimentos chatarra" Vs. sin consumo diario de "alimentos chatarra".
• No utiliza preservativo Vs. utiliza preservativo.
• Sin baño diario Vs. con baño diario.
• Con técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción Vs. con técnica adecuada de limpieza genital después de la micción.

Daño: Enfermedad por hipertensión arterial sistémica.

Posibles factores de riesgo:
• Edad ≥ 20 años Vs. < 20 años.
• Sexo masculino Vs. femenino.
• Tener familiar con hipertensión Vs. no tener familiar con hipertensión.
• Obeso Vs. no obeso.
• Con hipercolesterlemia Vs. sin hipercolesterolemia.
• Con tabaquismo Vs. sin tabaquismo.
• Con alcoholismo Vs. sin alcoholismo.
• Realiza ejercicio físico cotidianamente Vs. no realiza ejercicio físico.

Daño: Enfermedad por diabetes mellitus tipo 2.

Posibles factores de riesgo:
• Edad ≥ 40 años Vs. < 40 años.
• Sexo masculino Vs. femenino.
• Tener familiar diabético Vs. no tener familiar con diabético.
• Obeso Vs. no obeso.
• Con alcoholismo Vs. sin alcoholismo.
• Realiza ejercicio físico cotidianamente Vs. no realiza ejercicio físico.

Evaluación de factores de riesgo para muerte.

Daño: Muerte por diabetes mellitus tipo 2.

Posibles factores de riesgo:
• Edad > 45 años Vs. edad ≤ 45 años.
• Sexo masculino Vs. femenino.
• Tener familiar diabético Vs. no tener familiar con diabético.
• Obeso Vs. no obeso.
• Con tabaquismo Vs. sin tabaquismo.
• Con alcoholismo Vs. sin alcoholismo.
• Sin apego a su tratamiento Vs. con apego a su tratamiento.
• Con complicaciones por la diabetes Vs. sin complicaciones por la diabetes.

Daño: Muerte por hipertensión arterial sistémica.

Posibles factores de riesgo:
• Edad ≥ 55 años Vs. < 55 años.
• Sexo masculino Vs. femenino.
• Obeso Vs. no obeso.
• Con hipercolesterlemia Vs. sin hipercolesterolemia.
• Con diabetes Vs. sin diabetes.
• Con tabaquismo Vs. sin tabaquismo.
• Con alcoholismo Vs. sin alcoholismo.
• Realiza ejercicio físico cotidianamente Vs. no realiza ejercicio físico.

Daño: Muerte por accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos.

Posibles factores de riesgo:
• Sexo masculino Vs. sexo femenino.
• Edad < 25 años Vs. ≥ 25 años.
• Conduce cuando ha ingerido bebidas alcohólicas Vs conduce sin haber ingerido bebidas alcohólicas.
• Conduce con exceso de velocidad Vs. no conduce con exceso de velocidad.
• Cuando se transporta en automóvil NO usa cinturón de seguridad Vs. cuando se transporta en automóvil usa cinturón de seguridad.
• Cuando se transporta en motocicleta NO usa casco Vs. cuando se transporta en motocicleta usa casco.
• Cuando se transporta en automóvil NO utiliza sillón especial para menor de 3 años Vs. cuando se transporta en automóvil utiliza sillón especial para menor de 3 años (aplica sólo para aquellos casos en los que un menor de 3 años viajaba al momento del accidente).
• El vehículo recibe mantenimiento cada más de seis meses Vs. el vehículo recibe mantenimiento cada 6 meses o menos.
• Ocurrió el accidente en fin de semana (viernes, sábado o domingo) Vs. ocurrió el accidente en un día diferente al fin de semana.
• Ocurrió el accidente en un horario comprendido entre las 19:00 y las 04:00 horas del día siguiente Vs. ocurrió el accidente en un horario diferente al comprendido entre las 19:00 y las 04:00 horas del día siguiente.
• Ocurrió el accidente en diciembre Vs. ocurrió el accidente en un mes diferente a diciembre.

Daño: Muerte por cirrosis hepática.

Posibles factores de riesgo:
• Sexo masculino Vs. femenino.
• Obeso Vs. no obeso.
• Con alcoholismo Vs. sin alcoholismo.

Recursos, servicios y programas de salud

1. Distribución del tipo de derechohabiencia por edad y sexo.
2. Distribución por servicios de salud utilizados.
3. Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud.
4. Distribución de < 5 años según esquemas de vacunación de:
• Anti-influenza.
• Pentavalente.
• Anti-neumococo.
5. Diabetes mellitus
• Proporción de pacientes diabéticos que reciben atención médica para su enfermedad.
• Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica.
6. Hipertensión arterial.
• Porcentaje de pacientes hipertensos que reciben

atención médica para su enfermedad.
• Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos a recibir atención médica.
7. Rendimiento de consultas hora-médico.

6.1.6.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Las técnicas estadísticas[29] utilizadas para el análisis de los daños a la salud fueron:

• Razones. Ejemplo: razón hombre-mujer.
• Proporciones. Ejemplo: proporción de diabéticos con atención médica.
• Tasas. Ejemplo: tasa bruta de mortalidad.
• Frecuencias:

Frecuencia absoluta: las cifras absolutas de hipertensos que reciben atención médica. El porcentaje de estos será la frecuencia relativa.

Las técnicas epidemiológicas utilizadas para el análisis de los daños a la salud fueron: riesgo relativo y razón de momios.

6.2. Abordaje cualitativo

6.2.1. Tipo de estudio y diseño

El enfoque cualitativo se orienta hacia el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian[23]. El tipo de estudio se define por el nivel de profundidad que para este trabajo fue interpretativo[3131].

6.2.2. Descripción del universo y muestra

Tipos sociales

El universo estuvo conformado por los siguientes tipos sociales:

• Académicos derechohabientes.
• Prestadores del servicio médico.
• Directivos de la unidad de atención a la salud región Xalapa.

Entendiendo por tipos sociales las características o atributos que tienen las personas por medio de las cuales son reconocidas como representantes de conglomerados o grupos[30]. Consideramos para estos tipos sociales y fase inicial del trabajo las siguientes variables discursivas (Tabla 10).

Tabla 10. Diseño inicial de la muestra para los tipos sociales

Tipos sociales	Variables discursivas	Eventos
Académicos derechohabientes	Dos académicos derechohabientes de la UAIS - UV	Dos entrevistas focalizadas
Prestadores del servicio médico	Dos prestadores del servicio médico de la UAIS UV	Dos entrevistas focalizadas
Directivos	Dos directivos	Dos entrevistas focalizadas

Fuente: trabajo intersubjetivo, grupo de investigación.

Diseño final

Debido a la dinámica del desarrollo de la investigación se determinó realizar modificaciones en el número de variables discursivas de prestadores de servicio médico, así como solicitar la participación de otra persona perteneciente a la coordinación médica. El diseño final quedó como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 11. Diseño final de la muestra para los tipos sociales

Tipos sociales	Variables discursivas	Eventos
Académicos derechohabientes	Dos académicos derechohabientes de la UAIS UV	Dos entrevistas focalizadas
Prestadores del servicio médico	Tres prestadores del servicio médico de la UAIS - UV	Tres entrevistas focalizadas
Directivos	Un directivo Un subordinado del directivo	Dos entrevistas focalizadas

Fuente: trabajo intersubjetivo, grupo de investigación

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue teórico[32], debido a que no respondió a criterios estadísticos, lo que se buscó, fue tener incorporados en el estudio las características o atributos de las personas reconocidas como representantes de los grupos que se mencionaron en el párrafo anterior.

6.2.3. Definición de variables

6.2.3.1.Conceptos y subconceptos

El análisis cualitativo se realizó incluyendo categorías empíricas, las cuales se construyeron a partir de una serie de conceptos[23] y subconceptos, que fueron retomados de conceptos existentes en la literatura. Se elaboraron categorías para cada una de las variables discursivas, las cuales se describen a continuación:

Tabla 12. Conceptos y subconceptos. Salud y fuentes de aprendizaje. Unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana
Variable discursiva. Usuarios

Concepto	Definición Teórica	Subconceptos	Definición
		Salud física: Sf	Todo lo que haga referencia al buen funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo
Salud: S	La salud es un estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad o de invalidez[33].	Salud Psicológica: Sp	Todo lo que haga referencia a pensamientos, conductas, emociones / sentimientos y valores que indiquen satisfacción, bienestar o plenitud.
		Salud Social: Ss	Todo lo que haga referencia a las relaciones armónicas con otras personas y a la adaptación en los ambientes: familiar, laboral, educativo, de amistades.
		Enfermedad física: Ef	Todo lo que haga referencia al deterioro temporal o progresivo y mal funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo.
		Enfermedad Psicológica: Ep	Todo lo que haga referencia a afecciones o síndromes conductuales, intelectuales, de pensamiento, emocionales e inadaptación social.
Fuentes de Aprendizaje: FA	Las fuentes de aprendizaje desencadenan los procesos cognitivos de asimilación, acomodación y generan condiciones favorables para el aprendizaje[3433].	Fuente de aprendizaje laboral: FAl	Todo aquello que haga referencia al aprendizaje adquirido a través del desempeño profesional.
Concepto	Definición Teórica	Subconceptos	Definición
		Fuente de aprendizaje académico: FAa	Todo aquello que haga referencia al aprendizaje mediante la formación académica.
		Fuente de aprendizae por comunicación directa: FAcd	Todo aquello que haga referencia al aprendizaje adquirido a través del contacto con otras personas

Fuente: trabajo intersubjetivo, grupo de investigación.

Tabla 13. Conceptos y subconceptos. Salud y construcción del conocimiento. Unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana
Variable discursiva. Prestador del servicio médico

Concepto	Definición Teórica	Subconceptos	Definición
		Salud física: Sf	Todo lo que haga referencia al buen funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo
Salud: S	La salud es un estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad o de invalidez[5].	Salud Psicológica: Sp	Todo lo que haga referencia a pensamientos, conductas, emociones / sentimientos y valores que indiquen satisfacción, bienestar o plenitud.
		Salud Social: Ss	Todo lo que haga referencia a las relaciones armónicas con otras personas y a la adaptación en los ambientes: familiar, laboral, educativo, de amistades.
		Enfermedad física: Ef	Todo lo que haga referencia al deterioro temporal o progresivo y mal funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo.
		Enfermedad Psicológica: Ep	Todo lo que haga referencia a afecciones o síndromes conductuales, intelectuales, de pensamiento, emocionales e inadaptación social.

Construcción del conocimiento: CC	La fuente principal del conocimiento está localizada en los otros seres humanos. Y el mecanismo consiste en "absorber" los conocimientos que otros seres han conocido[3534].	Construcción del conocimiento laboral: CCl	Todo aquello que haga referencia a la experiencia que ha adquirido en su ejercicio profesional.
		Construcción del conocimiento escolar: CCe	Todo aquello que haga referencia a el conocimiento obtenido como parte de su formación escolar.
		Construcción del conocimiento por documentos escritos: CCd	Todo aquello que haga referencia al conocimiento obtenido de documentos impresos, reportes, gráficas.

Fuente: trabajo intersubjetivo, grupo de investigación.

Tabla 14. Conceptos y subconceptos: Reto y calidad del servicio médico. Unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana

Variable discursiva. Directivo

Concepto	Definición Teórica	Subconceptos	Definición
		Retos de recursos humanos: Rrh	Todo lo que haga referencia al mejoramiento de la capacitación del personal que labora en el servicio médico de la Universidad Veracruzana.
Retos: RE	Reto: (de retar).m. Provocación o citación al duelo o desafió, o a una apuesta de deporte[3635].	Retos económicos: Rec	Todo lo que haga referencia a disminuir el gasto del servicio médico de la Universidad Veracruzana, sin descuidar la calidad.
		Retos sociales: Rso	Todo lo que haga referencia al mejoramiento en la interacción entre personas.
		Retos políticos: Rpo	Todo lo que haga referencia a la reforma de normas, reglamentos, cuestiones legales y las relaciones laborales que tienen con otras organizaciones.
Calidad de los servicios médicos: CSM	La calidad es un conjunto de métodos organizados y estrategias que tratan de movilizar a toda la empresa, con el objetivo de proporcionar una mejor satisfacción del cliente al menor costo. La calidad de atención a la salud esta constituida por: a) aspectos técnicos (aplicación de ciencia y tecnología médica de tal forma que provea el máximo beneficio a la salud), b) aspectos interpersonales (interacción social y económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud) y, amenidades (características del inmueble agradables y cómodas, privacidad, entre otras.)[8]	Calidad en la estructura, instalación y equipo: CSMes	Todo lo que haga referencia a mejorar la estructura, equipo e instalación del módulo de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana.
		Calidad en la administración y organización del personal: CSMad	Todo lo que haga referencia a mejorar la planeación, organización, dirección, y control de la unidad de atención integral a la salud.
		Calidad en la atención y conducta de los prestadores del servicio de salud: CSMat	Todo lo que haga referencia a mejorar la atención que brinda el personal que labora en el módulo de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana.

Fuente: trabajo intersubjetivo, grupo de investigación.

6.2.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.2.4.1. Mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

Para realizar lo planteado en el diseño inicial, se procedió a informar, tanto a los directivos como a los prestadores del servicio médico de la UAIS UV, de las actividades que se llevarían a cabo, solicitando su participación en las mismas. Los académicos derechohabientes entrevistados recibieron la invitación directa por parte del equipo de trabajo para participar en el estudio. Para obtener las entrevistas de los prestadores de servicio y directivos se acudió a la UAIS UV. En el caso de los académicos derechohabientes se acudió a su lugar de trabajo.

Dentro del abordaje cualitativo se empleó la entrevista focalizada, como técnica de obtención de la información. La entrevista focalizada consta de una lista de preguntas a investigar derivadas del problema general que queremos estudiar; alrededor de éstos problemas se construyen una serie de temas a los cuales se focaliza la entrevista[3736].

La selección de los entrevistados se realizó de acuerdo a los siguientes criterios:

• Quién tiene la información relevante.
• Quiénes son más accesibles física y socialmente.
• Quiénes están dispuestos a informar.
• Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión[36].

6.2.4.2. Instrumentos utilizados en la recolección de la información

Los instrumentos de recolección que se emplearon, para este apartado fueron la guía temática de entrevista[3837], elaborándose una para cada variable discursiva: derechohabiente, prestador de servicio médico, y directivo (anexo 3). Y la guía de observación (anexo 4). Se incluyeron las preguntas que sirvieron de guía para la realización de la entrevista, que de acuerdo a cada variable discursiva, fueron las siguientes:

Tabla 15. Preguntas detonantes

Variable discursiva	Preguntas	Tipo de pregunta
Usuario	1. Si yo le digo salud, dígame todo aquello que aparezca en su mente. 2. De todas las cosas que me acaba de decir, ¿cómo lo aprendió?	Pregunta detonante de asociación libre.
Prestador de servicio	1. Si yo le pidiera que me hablara sobre la salud de los académicos usuarios del servicio y su familia ¿qué me diría? 2. ¿Cómo es que construyó lo que me acaba de decir?	Pregunta detonante
Directivo	1. ¿Cuáles considera que sean los retos para garantizar la prestación del servicio médico con calidad?	Pregunta detonante

Fuente: trabajo intersubjetivo, grupo de investigación.

6.2.4.2.1. Validación de los instrumentos

Para la validación de la guía de entrevista, se elaboraron esquemas de la estructura y diseño de las preguntas, los cuales se revisaron en asesoría con el grupo de académicos y el equipo de trabajo. En segundo lugar, se procedió a la validación con el grupo de expertos, es decir, con las personas que se encuentran en el contexto real de la situación que se quiere interpretar, en donde se verifico si las preguntas eran lo suficientemente apropiadas para que los informantes hablaran.

6.2.4.2.2. Resultados de la prueba piloto

Se realizaron dos entrevistas a prestadores del servicio médico del turno vespertino, y a un subordinado de la coordinación médica, dado que estas fueron en sus horarios de trabajo se presentaron interferencias que obstaculizaron el desarrollo de las entrevistas. El resultado de la prueba piloto fue que el instrumento lograba detonar la respuesta de los participantes. En el caso del académico derechohabiente entrevistado, el evento se llevó a cabo en su lugar de trabajo, en esta experiencia no se presentaron interferencias, lo cual permitió que el informante hablara de manera fluida sobre el tema.

6.2.5. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.2.5.1. Procedimientos empleados para el procesamiento de la información

El procedimiento del análisis cualitativo de los datos se logran en tres niveles de profundidad: reproducción fiel, nivel descriptivo y comprensivo / interpretativo; en este trabajo sólo se llegará hasta el segundo nivel de profundidad.

El procesamiento de la información se entiende como una estrategia más de investigación antes que como la medición última del método; por eso el análisis cualitativo no busca; encuentra. A continuación se presenta la forma en como se realizo el análisis de la información considerando los dos niveles de profundidad.

a) Primer nivel: reproducción fiel

En este nivel, una vez grabado el discurso de la entrevista se procedió a su trascripción textual, escuchando la cinta magnetofónica y capturándose en el programa de Microsoft Word.

La validación se realizó de la siguiente manera:

• Cada integrante del equipo transcribió la entrevista textualmente.
• Después cada integrante realizó la validación escuchando nuevamente la cinta magnetofónica para asegurarse de que coincidiera la información que se había recolectado con la trascripción realizada.
• En un cuadro divido por una línea colocada en medio, se procedió a copiar la entrevista que se transcribió y se coloco de lado izquierdo, el lado derecho se dejo en blanco par la codificación y mapa de códigos (anexo 5).

b) Segundo nivel: descripción

En el proceso de codificación se categorizaron los segmentos de las transcripciones identificando los grandes temas y subtemas abordados. A partir de estos, se elaboró un listado de códigos, los cuales se indagaron en las transcripciones. Los códigos se fueron anotando en la parte derecha del cuadro (anexo 6). Para esto se requirió realizar varias lecturas de las transcripciones. En este apartado se obtuvo el espectro del discurso en términos de generalidad, variabilidad y caso extremo[31].

6.2.5.2. Indicadores utilizados para la descripción.

Los indicadores utilizados para el espectro del discurso se describen a continuación.

Tabla 16. Indicadores del espectro del discurso

Generalidad	Cuando los subconceptos se presentan en todas las variables discursivas.
Variabilidad	Cuando los subconceptos solo se presentan en algunas de las variables discursivas.
Casos extremos	Cuando los subconceptos no se presentan en las variables discursivas.

Fuente: trabajo intersubjetivo, grupo de investigación.

6.2.5.3. Técnicas utilizadas para el análisis.

Las técnicas utilizadas para el análisis del discurso, consistieron en utilizar tablas concentradoras, ubicando a las variables discursivas en las columnas izquierdas, y en las filas superiores los subconceptos analizados, los cuales se indicaban con una "X" cuando las variables discursivas las mencionaban y los números indicaban el número de veces que había aparecido el subconcepto.

Posteriormente, se ubicaban los casos de generalidad, variabilidad y casos extremos y se procedía a poner la evidencia de los hallazgos encontrados, resaltando los matices de las interpretaciones de cada una de las variables discursivas.

7. RESULTADOS

7.1. La localización geográfica de la sede

El diagnóstico de salud se llevó a cabo en la unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana, la cual se encuentra ubicada en la calle Rafael Murillo Vidal # 140, Fraccionamiento Ensueño, en la ciudad de Xalapa, Veracruz. La unidad de atención integral a la salud recibe a todos los derechohabientes del servicio médico de la Universidad Veracruzana que pertenecen a la región de Xalapa.

7.2. Características físicas de la sede

El edificio cuenta con todos los servicios básicos de urbanización (agua, luz, drenaje, pavimento) está conformado por tres pisos. En el primer piso se localiza la farmacia universitaria de la unidad, el área de recepción, la sala de espera, tres consultorios médicos, un consultorio odontológico, un consultorio de enfermería, el archivo clínico y un baño para hombres y mujeres.

En el segundo piso se encuentran tres consultorios médicos, sala de espera, baño de hombres, consultorio de autorización de cirugías, escritorios del capturista y la secretaria de la coordinación médica, oficina del coordinador médico y oficina del supervisor médico.

En el tercer piso se encuentra la oficina del coordinador administrativo, el encargado de soporte técnico, asistente y secretaria de la coordinación administrativa, personal administrativo, archivo administrativo, la sala de juntas y un baño para mujeres.

En cuanto al equipamiento, cada consultorio médico tiene un estuche de diagnóstico, mesa de exploración, estetoscopio y equipo de cómputo. El consultorio de enfermería cuenta con una báscula con estadímetro, baumanómetro, estetoscopio, termómetro, glucómetro y mesa de exploración. Las oficinas están equipadas con computadoras y teléfono. El consultorio odontológico dispone de una unidad dental equipada trimodular, lámpara, sillón, esterilizador de calor seco, autoclave e instrumental.

7.3.Características del personal de salud

La Unidad de Atención Integral a la Salud no cuenta con un organigrama; se encuentra conformada por una coordinación médica y una coordinación administrativa. En la siguiente tabla se describe el personal de cada coordinación, así como su tipo de contratación:

Tabla 17. Descripción del personal de la Unidad de Atención Integral a la Salud. Región Xalapa.

Tipo de contrato	Coordinación médica	Coordinación administrativa
De Confianza:	-Un coordinador médico. -Un supervisor médico. -Una supervisora hospitalaria.	-Un coordinador administrativo. -Una encargada de autorización de cirugías. -Asistente y secretaria del Coordinador Administrativo.
De Contrato:	-Catorce médicos generales. -Dos odontólogos. -Dos enfermeras.	-Encargado de soporte técnico. -Dos recepcionistas. -Un intendente.

Fuente: trabajo intersubjetivo, grupo de investigación.

El horario de atención es de lunes a viernes, el turno matutino comprende de 8:00 a 14:00hrs y en el turno vespertino de 14:00 a 20:00 hrs. También se presta servicio sabatino de 9:00 a 15:00hrs.

7.4. Servicios que se ofrecen en la sede

El tipo de servicios que ofrece la Unidad es de primer nivel de atención, y las actividades que se realizan específicamente en la Unidad son las siguientes:

- Atención médica correspondiente a este nivel, durante 12 horas continuas;
- Órdenes para el laboratorio o gabinete, si así lo amerita
- Derivación a especialistas, cuando el caso lo amerite;
- Promoción de la salud;
- Verificación y conversión de incapacidades
- Autorización de cirugías.
- Recibe quejas y sugerencias por escrito para mejorar y mantener un servicio efectivo[39].

La consulta se clasifica como ordinaria y previa cita, en el primer caso la atención se da por el médico familiar que le asigne la asistente del consultorio. En el caso de previa cita, se le atiende en el horario señalado, donde tiene reservado su turno.

7.5. Resultados

7.5.1. Derivados del análisis cuantitativo

7.5.1.1. Características sociodemográficas

Dentro de la población académica estudiada de la UAIS región Xalapa, el grupo de edad comprendido entre los 25 a 44 (26.1 por ciento) años representa el mayor volumen poblacional, seguido por el grupo de 50 a 59 años (21.2 por ciento). De la población total, 480 (54.7 por ciento) corresponde a mujeres, y la razón hombre mujer es de 0.83, lo que significa que por cada hombre hay 0.83 mujeres, como podemos observar en la siguiente tabla:

Tabla 18. Distribución por grupo de edad y sexo de la población académica de la Unidad de Atención Integral a la Salud UV. Xalapa. 2007

Grupos de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
<1	1	0.3	3	0.6	4	0.5
1 a 4	9	2.3	14	2.9	23	2.6
5 a 9	25	6.3	16	3.3	41	4.7
10 a 14	15	3.8	28	5.8	43	4.9
15 a 19	38	9.5	34	7.1	72	8.2
20 a 24	48	12.1	31	6.5	79	9.0
25 a 44	92	23.1	137	28.5	229	26.1
45 a 49	39	9.8	42	8.8	81	9.2
50 a 59	82	20.6	104	21.7	186	21.2
60 a 64	22	5.5	19	4.0	41	4.7
>65	27	6.8	52	10.8	79	9.0
Total	398	100	480	100	878	100

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

La tasa bruta de mortalidad fue de 27.3, en contraste con la tasa bruta de natalidad que se observó en 79.7, dando como resultado una tasa de crecimiento natural de 52.4; las tres tasas por cada mil habitantes. La tasa global de fecundidad se mostró en 28.68 por cada mil habitantes. En cuanto a la distribución de la población por lugar de residencia, la población se encuentra dispersa en todo el municipio de Xalapa e incluso en otros municipios, tales como Xico y Coatepec, por citar algunos.

Educación

En cuanto a la distribución por nivel de escolaridad, 293 personas (38 por ciento) de la población cuentan con licenciatura, 168 (22 por ciento) con maestría y sólo 16 (2 por ciento) no concluyeron la educación primaria.

En la población del sexo masculino mayor de 15 años, no se presentó ningún caso de analfabetismo, y para la población femenina mayor de 15 años, hubo 6 (1 por ciento) casos.

Contexto económico

En la distribución por condición de actividad económica destaca la población económicamente activa ocupada con 495 personas (62.5 por ciento), y 6 personas (1 por ciento) se encuentran desocupadas. La población económicamente inactiva esta representada por 291 personas (36.7 por ciento) (Tabla 19).

Tabla 19. Distribución por condición de actividad económica > 12 años. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

	Actividad Económica	Frecuencia	Porcentaje
Población Económicamente Ocupada	Trabaja	457	58
	Tiene trabajo pero no trabajó	38	5
Población económicamente activa desocupada	Busca trabajo	6	1

Población económicamente inactiva	Estudiante	162	21
	Ama de casa	87	11
	Jubilado	10	1.3
	Incapacitado permanente para trabajar	1	0.12
	No trabaja	31	4
Total		792	100

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

El nivel económico familiar, es alto en 259 familias (97 por ciento), el resto corresponde al nivel medio, ya que no se manifestó ningún nivel económico bajo.

Vivienda

El número de viviendas que presentaron condiciones desfavorables como factor de riesgo para infecciones respiratorias agudas fue de 5 (1.9 por ciento), y para enfermedades diarreicas agudas fue de 2 (0.75 por ciento).

De las 267 viviendas que se tomaron en cuenta para el diagnóstico de salud, sólo 2 (0.7 por ciento) de ellas presentaron hacinamiento (tabla 20).

Tabla 20. Frecuencia de hacinamiento. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Viviendas	Frecuencia	Porcentaje
Con Hacinamiento	2	0.7
Sin Hacinamiento	265	99.3
Total	267	100

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

7.5.1.2 Identificación de los daños

MORBILIDAD

Incidencia acumulada

Dentro de la población de menores de cinco años, por cada 100 niños se enfermaron 55 durante el mes de diciembre de infecciones respiratorias agudas, afectando en mayor parte a los niños de 1 año.

Para los adultos mayores de 60 años, de cada 100 personas se enfermaron 29 de infecciones respiratorias agudas, con mayor predominio en el grupo de mujeres.

Las enfermedades diarreicas agudas se presentaron en poco más de 7 de cada 100 niños menores de 5 años en forma general; afectando a los niños de 1 y 2 años de edad, así como al sexo masculino.

Dentro de la población femenina, se presentaron casi 24 casos de infecciones de vías urinarias por cada 100 personas, siendo el grupo de edad de 25 a 44 años el de mayor afectación.

La frecuencia absoluta de accidentes de tráfico por vehículo de motor fue de 46. En cuanto a la distribución de los accidentados por sexo, se observa que 27 (58.7 por ciento) corresponde al sexo masculino, mientras que 19 (41.3 por ciento) esta conformado por el sexo femenino.

El grupo de edad en el que se presentó mayor porcentaje de accidentados fue de 50 a 59 años con un 21.7 por ciento (10 personas).

Prevalencia

La hipertensión arterial sistémica afecta a poco más de 13 por cada 100 personas de la población de 20 años en adelante, siendo el grupo de 65 años y más el de mayor afectación.

Dentro de las personas de 20 años en adelante, 6 de cada 100 de ellas presenta diabetes mellitus; afectando en mayor parte al grupo de edad de 65 años y más.

El tabaquismo se encuentra presente en poco más de 9 de cada 100 personas de 12 años en adelante, representado sobre todo por el grupo de edad de 60 a 64 años de edad.

Poco más de uno de cada 100 personas de 12 años en adelante es alcohólico, observándose un ligero predominio en los grupos de edad de 60 a 64 y de 50 a 59 años.

Durante el año 2007 se presentaron 3 defunciones, las causas fueron: cirrosis hepática, cáncer no especificado y vejez.

7.5.1.3 Factores de riesgo para los daños

Evaluación de los factores de riesgo

El uso de baños públicos aumenta el riesgo hasta 5 (RR 5.04 IC 95 por ciento 1.50 – 16.95) veces de padecer infección urinaria en mujeres mayores de 15 años (tabla 21).

Tabla 21. Factores de riesgo para enfermar por IVU mujeres de 15 años y más. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Factor de Riesgo	Riesgo Relativo	Intervalo de Confianza
Con diabetes vs. Sin diabetes	NO APLICA	NO APLICA
Con algún tipo de cáncer vs. Sin cáncer	NO APLICA	NO APLICA
Con infección por VIH vs. Sin infección por VIH	NO APLICA	NO APLICA
Usa baños públicos vs. No usa baños públicos	5.04	95% (1.50 – 16.95)
Ingiere menos de 2 litros de agua al día vs. Ingiere 2 litros o más de agua al día	0.67	95% (0.14 – 3.10)
Consumo diario de refrescos vs. Sin consumo diario de refrescos	NO APLICA	NO APLICA
Consumo diario de "alimentos chatarra" vs. Sin consumo diario de "alimentos chatarra"	NO APLICA	NO APLICA
No utiliza preservativo vs. Utiliza preservativo	NO APLICA	NO APLICA
Con técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción vs. Con técnica adecuada de limpieza genital después de la micción	NO APLICA	NO APLICA

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

Dentro de la población estudiada, aumentan las posibilidades de padecer hipertensión arterial sistémica poco más de 5 veces (RM 5.77 IC 95 por ciento 3.47 – 9.58) si la edad es igual o mayor a 65 años, poco más de 2 (RM 2.10 IC 95 por ciento 1.33 – 3.31) veces si se tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial y, 2 (RM 2.47 IC 95 por ciento 1.53 – 4.00) veces si es una persona obesa (tabla 22).

Tabla 22. Factores de riesgo para HAS en personas de 20 años y más. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Factor de Riesgo	Razón de Momios	Intervalo de Confianza
Edad > 65 años vs. < o = 65 años	5.77	95% (3.47 – 9.58)
Sexo masculino vs. Sexo femenino	0.91	95% (0.58 – 1.45)
Tener familiar con hipertensión vs. No tener familiar con hipertensión	2.10	95% (1.33 – 3.31)
Obeso vs. No obeso	2.47	95% (1.53 – 4.00)
Con tabaquismo vs. Sin tabaquismo	0.77	95% (0.33 – 1.77)
Con alcoholismo vs. Sin alcoholismo	NO APLICA	NO APLICA
Realiza ejercicio físico cotidianamente vs. No realiza ejercicio físico	NO APLICA	NO APLICA

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

Para padecer diabetes mellitus aumentan las posibilidades poco más de 24 veces (RM 24.30 IC 95 por ciento 3.57-478.48) cuando la edad es igual o mayor de 40 años, así como poco más de 4 veces (RM 4.75 IC 95 por ciento 2.25-10.21) si tiene antecedentes familiares de diabetes mellitus (tabla 23).

Tabla 23. Factores de riesgo para DM tipo 2 en personas de 20 años y más. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Factor de Riesgo	Razón de Momios	Intervalo de Confianza
Edad > o = 40 años vs. < 40 años	24.30	95% (3.57 – 478.48)
Sexo masculino vs. Sexo femenino	NO APLICA	NO APLICA
Tener familiar diabético vs. No tener familiar con diabético	4.75	95% (2.25 – 10.21)
Obeso vs. No obeso	NO APLICA	NO APLICA
Con tabaquismo vs. Sin tabaquismo	NO APLICA	NO APLICA
Con alcoholismo vs. Sin alcoholismo	NO APLICA	NO APLICA
Realiza ejercicio físico cotidianamente vs. No realiza ejercicio físico	NO APLICA	NO APLICA

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

7.5.1.4 Recursos, servicios y programas de salud

En cuanto a la distribución del tipo de derechohabiencia se tiene que 693 (87.40 por ciento) son derechohabientes del servicio médico de la UV, 81 (10.21 por ciento) son derechohabientes del IMSS, 13 (1.64 por ciento) pertenecen al ISSSTE y 6 (0.76 por ciento) acuden a PEMEX. Consultar tabla 24.

Tabla 24. Distribución del tipo de derechohabiencia por edad y sexo. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Derecho- habiencia	IMSS		SMUV		ISSSTE		PEMEX		
Grupo Etáreo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total
<1 año	3	5	24	43	0	1	1	1	78
1 a 4									0
5 a 9	2	4	6	10					22
10 a 14	5	1	18	12					36
15 a 19	0	1	13	26					40
20 a 24	3	3	35	28					69
25 a 29	2	1	26	18	1	0	1	1	50
30 a 34	6	9	3	9	1	4			32
35 a 39	4	5	12	17	0	1			39
40 a 44	4	2	18	31	1	0			56
45 a 49	2	4	23	35					64
50 a 54	1	3	38	36					78
55 a 59	3	4	37	67	0	1			112
60 a 64	1	1	40	30	0	2			74
> 65 años	1	1	20	18	1	0	2		43
Total	37	44	313	380	4	9	4	2	793

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

Con respecto a la utilización de los servicios de salud 681 (78 por ciento) utiliza el servicio médico de la UV, además de otras instituciones como el IMSS 51 (5.8 por ciento) e ISSSTE 9 (1 por ciento). Consultar tabla 25.

Tabla 25. Distribución de utilización de servicios de salud. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Servicios de salud	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	51	5.8
ISSSTE	9	1
PEMEX	2	0.2

SMUV	681	78
CENTRO DE SALUD	4	0.45
Privadas	96	11
Tradicionales	1	0.12
Otras	5	0.6
No sabe	1	0.12
Total	878	100

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

La percepción de la calidad del servicio médico de la UAIS de la UV por parte de los usuarios fue considerada buena por 213 académicos (80 por ciento). Tabla 26.

Tabla 26. Percepción de la calidad de los académicos. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	213	80
Regular	39	15
Malo	11	4
No sabe	3	1
No responde	1	0.38
Total	267	100

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

En la población menor de 5 años que comprende 27 niños, la vacuna pentavalente se aplicó en 26 (96 por ciento), la vacuna contra neumococo en 23 (85 por ciento) y, la vacuna contra la influenza en 24 (89 por ciento). Tabla 27.

Tabla 27. Esquemas de vacunación en menores de 5 años. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

	Pentavalente		Neumococo		Influenza	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	26	96	23	85	24	89
NO	1	4	4	15	3	11
Total	27	100	27	100	27	100

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

La proporción de diabéticos que reciben atención médica dentro de la población es del 100 por ciento. El servicio médico de la UV es utilizado en un 87 por ciento, seguido de PEMEX con un 9 por ciento. Tabla 28.

Tabla 28. Servicios de salud donde reciben atención médica pacientes diabéticos. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Servicios de salud	Frecuencia de diabéticos	Porcentaje
SMUV	39	87%
ISSSTE	1	2%
PEMEX	4	9%
Privada	1	2%
Total	45	100%

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

El 96 por ciento de los pacientes hipertensos reciben atención médica para su tratamiento y control; el servicio que utilizan con mayor frecuencia es la UAIS de la UV en un 96 por ciento, el resto acude con médicos privados (Tabla 29).

Tabla 29. Proporción de pacientes hipertensos que reciben atención médica. Unidad de atención integral a la salud de la UV. 2007

Hipertensos atendidos	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	96
No	4	4
Total	94	100

Fuente: Cuestionario diagnóstico de salud sede UAIS Xalapa. 2007

Rendimiento de consultas hora – médico

Durante una semana de trabajo en los tres turnos (matutino, vespertino, sabatino) se realiza un promedio de 220 consultas. El total de médicos que laboran en los tres turnos es de 11, por lo que cada médico realiza alrededor de 20 consultas durante su jornada laboral, la cual corresponde a 6 horas. Tomando en cuenta lo antes mencionado, se observa que se efectúan 3.3 consultas por hora médico.

7.5.2 Derivados del análisis cualitativo.

7. 5.2.1 Espectro del discurso.

En este apartado se presentan los resultados en relación con los temas de salud, construcción del conocimiento, fuentes de aprendizaje y retos para ofertar servicios médicos de calidad. Se construyeron a partir de subconceptos y categorías empíricas, originadas del análisis del discurso de los informantes entrevistados.

Para visualizar el espectro del discurso utilizamos tablas concentradoras, en la columna izquierda se ubican las

variables discursivas y en la fila superior los subconceptos identificados en el discurso. Verticalmente la lectura de la tabla hace referencia a las interpretaciones compartidas por todas las variables discursivas. La lectura horizontal de la tabla hace referencia a la interpretación característica de cada variable discursiva. Para la cualificación se utilizaron los conceptos generalidad, variabilidad y caso extremo. La generalidad hace referencia al subconcepto que fue mencionado por todas las variables discursivas. La variabilidad indica los subconceptos que fueron mencionados por algunas variables discursivas. El caso extremo hace referencia a los subconcetpos que no fueron mencionados por las variables discursivas. Los subconceptos mencionados se marcan con "X" en la tabla, los números indican cuantas veces fue mencionado el subconcepto.

Bajo este entendido se presentan tres espectros del discurso:

Uno para la pregunta tema que decía: "Desde la mirada de los académicos derechohabientes, ¿Cuáles son las conceptualizaciones que tienen sobre su estado de salud?". El espectro del discurso se presenta en la tabla 30.

El segundo para la pregunta tema que decía: "Desde la mirada de los prestadores del servicio, ¿Cuáles son las conceptualizaciones que tienen sobre el estado de salud de los académicos derechohabientes y sus dependientes?". El espectro del discurso se presenta en la tabla 31.

El tercero para la pregunta tema que decía: "Desde la mirada de los directivos, ¿Cuáles son los conceptos que orientan la definición de los retos para la oferta de servicios médicos de calidad?". El espectro del discurso se presenta en la tabla 32.

Tabla 30. Espectro del discurso. Conceptualización de salud. Derechohabiente del servicio médico. Unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana

Subconcepto Variable Discursiva	Sf Salud física	Sp Salud Psicológica	Ss Salud Social	Ef Enfermedad Física	Ep Enfermedad Psicológica	FAl Fuentes de Aprendizaje Laboral	Faa Fuentes de Aprendizaje académico	Facd Fuentes de Aprendizaje Comunicación directa
Derechohabiente 1	X 2	X 3			X 1	X 1	X 2	X 4
Derechohabiente 2	X 2			X 7	X 1			X 3
Cualificación	GE	VA	CE	VA	GE	VA	VA	GE

GE: Generalidad. VA: Variabilidad . CE: Caso extremo
Fuente: Codificación de la entrevista focalizada

Conceptualización de salud y fuentes de aprendizaje

Los subconceptos "salud física" y "enfermedad psicológica" estuvieron presentes en todas las variables discursivas entrevistadas.

De acuerdo con los hallazgos arrojados, pudimos observar que el concepto que tienen de salud es múltiple y variado; sin embargo, ambos comparten una idea central basada en el aspecto físico, y al profundizar en sus discursos observamos que tienen diversas representaciones:

"*bueno el bienestar físico es, este… sobre orgánicamente bien en todos tus cinco sentidos incluyendo la parte este, es… es…, hay que verlo como un todo no puedes separar lo físico de lo psicológico de lo social tiene que ser holístico entonces por eso decía al principio que es un equilibrio del individuo con su ambiente y físico exprofesamente físico literalmente físico es de que tus órganos funcionen*".

"salud, felicidad, bienestar, relajación, no problemas, eeh buen ánimo para hacer las cosas, capacidad para emprenderlas eeh físicamente sin problemas serian los calificativos que yo pondría a la palabra salud".

En relación con "enfermedad psicológica", se destaca la asociación, por una parte, con cuestiones de desequilibrio emocional causados por factores sociales externos y por otra, con la depresión:

"…ayer si estuve en desequilibrio por ejemplo, ese es un ejemplo de desequilibrio venia muy contenta, yo venia manejando que será tres coches antes de este accidente nos pararon para este claro, hay algunos que van a ayudar y hay otros que van a otro tipo de observación lo que yo hice fue quedarme, pero estaba yo angustiadísima, entonces eso ya hizo que mi desequilibrio emocional físico cayera en desequilibrio ese es un ejemplo de vida. Entonces, aunque muchas veces tus emociones están en la plenitud lo mejor posible pero los factores externos son sociales, es un factor social, no lo puedes controlar y era una jovencita".

"…también puedo estar enferma porque estoy deprimida y no puedo comer o puedo tener una depresión porque me pelie con mis familiares o por amigos o amigas, entonces eso me causa malestar ¿ya? y el malestar yo lo entiendo por la sensación en que no me permite desarrollarme adecuadamente en mis actividades normales que a lo mejor estoy tratando de hacer algo pero estoy pensando en el problema entonces eso es para mi estar enfermo que me altera mi forma de vida ¿no? lo que yo considero normal".

La fuente de aprendizaje por comunicación directa, si bien es referida por todas las variables discursivas, toma matices diferentes al manifestar por una parte, la adquisición del aprendizaje a través del contacto con la familia, y por la otra, a través de la vivencia personal:

"…por un lado el núcleo familiar que además hay una dinámica de amigos ¿no?, mis ocho hermanos son mis amigos mis cuñados también son mis amigos o mis cuñadas ¿no? Y mis sobrinos como si fueran mis hijos ya que yo no tuve hijos entonces eso implica una orientación y fortaleza en el ser humano porque se desarrollan muchos valores por un lado, y por el otro lado la formación ¿no?".

"Entonces una parte lo he aprendido de lo que observo y en la convivencia con personas ¿no? como también tengo un montón de personas que están y ellas este me demuestran lo que entiendo por salud ósea no tienen problemas eeh físicos, emocionales, entonces pero la mayor aportación fue a través de mi vivencia.

El subconcepto "salud psicológica" se presentó por la contribución del derechohabiente uno, encontrándose en el discurso connotaciones que van desde equilibrio mental, congruencia y expresión:

"Bueno el bienestar psicológico es que tengas un equilibrio mental ¿no?, que tengas congruencia, o ser congruente como cotidianamente hablamos, nos expresamos, y ¿que quiere decir esto?, bueno, cuando tu utilizas tu expresión, cuando tu utilizas tus diálogos, que lo tengas coordinadamente con tu cerebro ¿no?, con tus hemisferios".

Los subconceptos "fuentes de aprendizaje laboral" y "fuentes de aprendizaje académico" se presentaron por las contribuciones del derechohabiente uno, adoptando los siguientes matices:

"...la formación académica, la formación académica que me ha permitido por ejemplo, la primera carrera que yo tuve es la de la licenciatura en enfermería que es trabajar con el dolor, que es estar en contacto con la gente y la otra que soy abogada entonces me he propuesto trabajar en los derechos humanos en las obligaciones, también en las responsabilidades de los individuos que trabajan en la empresa ¿no? Puesto que estoy en postgrados soy egresada de la administración en recursos humanos entonces se complementan muy bien mis dos carreras en la línea que estoy trabajando..."

El subconcepto "enfermedad física" se presentó por contribución del derechohabiente dos, quien relaciona dicho subconcepto con trastornos que modifican creencias y aspectos físicos:

"Entonces la enfermedad si es un trastorno que modifica pienso yo, desde creencias hasta cuestiones físicas que uno hace ¿no?, porque en el caso del cáncer, por ejemplo, pues físicamente si me altero dado que me tuvieron que quitar el seno pues es una agresividad para curarme me hicieron una agresión entonces modifico mi concepción de la misma idea de enfermedad ¿si?"

El subconcepto "salud social" asumió la característica de caso extremo al no ser mencionado por ninguna de las variables discursivas.

Ideas básicas

Los subconceptos que aparecieron en las variables discursivas fueron los siguientes:

- Salud física.
- Salud social.
- Salud psicológica.
- Enfermedad psicológica.
- Enfermedad física.
- Fuente de aprendizaje por comunicación directa.
- Fuente de aprendizaje laboral.
- Fuente de aprendizaje académico.

Tabla 31. Espectro del discurso. Conceptualización de salud. Prestador del servicio médico. Unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana

Subconcepto Variable Discursiva	Sf Salud física	Sp Salud psicológica	Ss Salud social	Ef Enfermedad física	Ep Enfermedad psicológica	CCl Construcción del conocimiento laboral	Cce Construcción del conocimiento escolar	CCd Construcción del conocimiento por documentos
Prestador del servicio médico1				X 8	X 2	X 1		X 1
Prestador del servicio médico 2				X 4		X 1		
Prestador del servicio médico 3				X 7		X 1		
Cualificación	CE	CE	CE	GE	VA	GE	CE	VA

GE: Generalidad. VA: Variabilidad . CE: Caso extremo
Fuente: Codificación de la entrevista focalizada

Conceptualización de salud y construcción del conocimiento

Los subconceptos "enfermedad física" y "construcción del conocimiento laboral" estuvieron presentes en todas las variables discursivas.

En cuanto al tema de "enfermedad física", las variables discursivas coinciden en describirla mediante una clasificación de las mismas, mencionando en todos los casos las enfermedades crónico degenerativas:
"*…todos en su mayoría con enfermedades crónico y crónico degenerativas, sí, las que mas prevalecen es diabetes tipo II, hipertensión, ehh enfermedades reumáticas si ehh y después vendría algo que en el paciente universitario se da con mucha frecuencia que es depresión ehh junto con ansiedad sí, que es un una cosa que se dispara de manera importante en los académicos ehh bueno y de ahí se desprendería que... bueno eh, ahh, llevemos el control de pacientes con principalmente con este tipo de enfermedades y claro las enfermedades de la época que se van presentando y que vamos viendo*".

"bueno pues eh concretamente vienen en menor cantidad y sus problemas considerando la edad digamos que no son del tipo de enfermedades crónico degenerativas son más bien relacionados a problemas eh de tipo infecciosos respiratorios y digestivos"

"…pues son enfermedades eeh como le diré como, para atención de primer contacto: cuadros gripales, enfermedades de vías respiratorias, problemas digestivos, problemas de piel y tejido blando que son los más comunes y sencillos ¿verdad?, la esposa igual en este caso son enfermedades comunes y este en cuestión a los papas verdad pues son los que padecen las enfermedades crónico degenerativas…"

En lo relativo a la "construcción del conocimiento laboral" se distingue que las variables discursivas mencionan como elemento principal la experiencia vivida en el desempeño de su profesión:
"Bueno lo construyo a partir de la experiencia que he adquirido durante tanto tiempo de estar aquí y que normalmente tengo pacientes que desde que yo llegue aquí siguen acudiendo conmigo, tanto ellos como sus familiares entonces eso me ha permitido conocer la historia familiar de los padecimientos este… tanto del académico como de todos sus dependientes incluyendo los hijos si".
"Pues a partir de de una experiencia de once años de trabajar en el servicio médico".
"¿Cómo es que lo construí? pues prácticamente con el tiempo que lleva uno de trabajar es las enfermedades más comunes ¿verdad? en el servicio medico y este pues volvemos al principio…"

Los subconceptos "enfermedad psicológica" y "construcción del conocimiento por documentos" se presentaron por las contribuciones del prestador del servicio médico uno.

La enfermedad psicológica es referida como una manifestación de depresión y ansiedad.

"…y después vendría algo que en el paciente universitario se da con mucha frecuencia que es depresión ehh… junto con ansiedad…"

En lo referente a la "construcción del conocimiento por documentos", el análisis evidenció que se realiza a través del uso de notas médicas:

"Bueno… pues es que miren la construyo a partir de las notas medicas que yo hago por pacientes esteee es la forma de que lo voy construyendo el proceso de cada uno de los pacientes y sus familiares que yo atiendo ¿sí?…"

Los subconceptos *"salud física"*, *"salud psicológica"*, *"salud social"* y *"construcción del conocimiento escolar"* asumieron la característica de casos extremos, ya que ninguna de las variables las mencionó en su discurso.

Fue notorio el hecho de que los prestadores del servicio médico enfocaron sus respuestas hacia los subconceptos *"enfermedad física"* y *"construcción del conocimiento laboral"*, quedando evidenciado con esto que su conceptualización de salud se enfoca a la enfermedad, dejando de lado la cuestión de salud en términos de lo físico, psicológico y social. De igual manera es de importancia mencionar que ante la pregunta de cómo construyeron lo que dijeron, ninguno expreso el aspecto escolar, siendo que son profesionistas del área de la salud.

Ideas básicas
Los subconceptos que aparecieron en las variables discursivas fueron los siguientes:

- Enfermedad física.
- Enfermedad psicológica.
- Construcción del conocimiento laboral.
- Construcción del conocimiento por documentos.

Tabla 32. Espectro del discurso. Retos para ofrecer servicios médicos de calidad. Directivo. Unidad de atención integral a la salud de la universidad Veracruzana

Subconcepto Variable Discursiva	Rrh Retos de recursos humanos	Rec Retos económicos	Rpo Retos políticos	Rso Retos sociales	Ces Calidad en estructura, instalación y equipo	Cad Calidad en administración y organización del personal	Cat Calidad en la atención y conducta
Directivo 1	X 3	X 3			X 3	X 1	X 5
Directivo 2	X 1	X 3		X 1		X 3	
Cualificación	GE	GE	CE	VA	VA	GE	VA

GE: Generalidad VA: Variabilidad CE: Caso extremo. Fuente: Codificación de entrevista focalizada .

Retos para ofrecer servicios médicos de calidad

Los subconceptos "*retos de recursos humanos*", "*retos económicos*" y "*calidad en administración*" estuvieron presentes en todas las variables discursivas.

En lo referente a "*retos de recursos humanos*" se encontraron connotaciones con cursos de actualización y realización de programas preventivos:

"*Eeh necesitamos también este… ir fortaleciendo la parte médica, tal vez con cursos de actualización, que los médicos asistan más regularmente a congresos para que estén lo más actualizado posibles, es decir, los médicos que están dentro de la unidad ¿si?, que son los de primer contacto ¿si?*".

"*…realizar otro tipo de de programas, programas de salud; eh más que nada de… de medicina preventiva. Aquí el problema y y no es privativo del… del servicio médico, pero cuando se intenta instalar medicina preventiva como no es curativa no… no... no lo… no vemos lo que en ese momento lo que se está gastando está dando resultados*".

Se evidenció que la regularización de los adeudos derivados de los servicios que prestan los médicos especialistas y mejorar el servicio de salud al menor costo son considerados retos económicos:

"*…Y también por eso en ocasiones pues se tiene que postergar un poco más el pago, sería en la parte de corresponder nosotros a la parte médica, yo creo que ese es tal vez el único asunto así que sería más este un poco más demandado, los mismos médicos especialistas lo han dicho ¿no? hay quienes la verdad entienden y es un ingreso seguro porque saben que tarde o temprano la universidad cumple con sus compromisos y termina liquidando los adeudos que tengan por los servicios prestados no quiere decir que no estemos también tratando de hacer el esfuerzo para que esto se… se regularice también ¿si?*".

"*Todo esto se quiere hacer sin eehh sin sacrificar la calidad, el objetivo de ésta administración parece ser que es tener los mejores servicios de salud eehh con la mayor calidad posible al menor costo*".

El establecimiento de un sistema administrativo y la reingeniería son consideradas como retos de calidad en la administración:
"*En la parte administrativa, bueno, estamos también trabajando para establecer un sistema, ya hasta creo que en un buen grado de desarrollo con la idea también de mejorar el servicio de la parte administrativa para darles mejor atención a todos nuestros proveedores…*"

"*¿con calidad?.....el principal reto es cambiar completamente eh la estructura del del servicio médico, eh cuestión que se está logrando que se está haciendo eh se está se comenzó con la reingeniería hace precisamente dos*

años aproximadamente eh… se hace un recorte de de médicos eh… de prestadores de servicio se hace un recorte de ellos, se empiezan ah se comienza poniendo reglas a esos prestadores de servicios".

Los subconceptos "calidad en estructura, instalación y equipo" y "calidad en la atención y conducta" se presentaron por la contribución del directivo uno.

Se destaca que mejorar las condiciones del inmueble es considerado como "calidad en estructura, instalación y equipos":

"*…es cierto hay cosas que mejorar tal vez los consultorios sean un poco reducidos en sus espacios, ¿si?*", "*…ahorita que bajen verán que se están poniendo tubos de pvc para poder tener los extractores de aire, ¿si?, entonces eso es algo que ahí esta la evidencia que efectivamente se esta trabajando para mejorar las condiciones del inmueble*".

La "*calidad en atención y conducta*" se relaciona con tener conocimiento sobre el tipo de atención médica que reciben los derechohabientes:

"*Por otro lado creo que también este nuestro… nuestra participación directa para tener una información también directa sobre la atención médica que están recibiendo nuestros derechohabientes en los hospitales que tenemos contratados ¿si?*", "*pero si necesitamos desde mi punto de vista la ingerencia más directa, estar más pendientes de la atención que están recibiendo nuestros derechohabientes para que tengamos la certeza de que la atención que se da responde a lo que nosotros esperamos que se dé…*"

El subconcepto "*reto social*" se presentó por la contribución del directivo dos, destacando la reeducación de los pacientes a través de la medicina preventiva:

"*Ese, ese también es otro de los, de las metas del…, del servicio médico, no es educar a los pacientes, sino reeducarlos a enseñarles el concepto de de salud y enfermedad, enseñar precisamente, enseñar que la medicina preventiva nos puede ayudar a evitar y posteriormente utilizar la medicina curativa; que también la medicina curativa es muy costosa y la medicina preventiva es eh es mucho más barata*".

El subconcepto "*retos políticos*" asumió la característica de caso extremo, ya que ninguna de las variables las mencionó en su discurso.

Ideas básicas

Los subconceptos que aparecieron en las variables discursivas fueron los siguientes:

- Retos de recursos humanos.
- Retos económicos.
- Reto social.
- Calidad en administración.
- Calidad en estructura, instalación y equipo.
- Calidad en la atención y conducta.

8. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, es importante resaltar la coincidencia con el estudio realizado por investigadores del Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores de las Ciencias Administrativas de la Universidad Veracruzana (2003)[14], en donde se identificaron los padecimientos más frecuentes en investigadores de la UV, encontrándose un alto porcentaje de problemas cardiovasculares, hipertensión y problemas respiratorios. Aunado a esto, Tapia Conyer (2006)[40] cita que las enfermedades no transmisibles (ENT) destacan por su importante aumento.

Estos datos coinciden con lo expuesto en el Boletín Epidemiológico Periódico de 2004[13] y en el Programa Nacional de Salud 2007-2012[1], donde se menciona que en México, desde hace tiempo, se han presentado cambios en la forma de enfermar y morir. Los daños a la salud mencionados anteriormente tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos y adultos mayores. Tal y como se observó al analizar la pirámide de población de académicos que participaron en el estudio. Los grupos de edad de 25 a 44 años y el de 50 a 59 años representaron el mayor porcentaje, dichos resultados se asemejan con la pirámide de población del Estado de Veracruz 2005[12].
En cuanto a los daños identificados en la UAIS, la prevalencia de diabetes mellitus, de acuerdo a la respuesta de los participantes, fue significativa, encontrándose como factor de riesgo la edad (40 años y más). De igual manera la prevalencia de hipertensión arterial sistémica arrojo como factor de riesgo significativo la obesidad. Estos resultados coinciden con lo reportado en el Programa Sectorial de Salud de Veracruz 2005-2010[12] y el Programa Nacional de Salud 2007-2012[1]. En donde señalan que la diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y en el estado de Veracruz; además de ser la principal causa de muerte, es un padecimiento con mayor demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales

causas de hospitalización. Así mismo, mencionan que la obesidad esta asociada con algunas de las principales causas de muerte en México, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer de mama, entre otras.

Los resultados obtenidos en infecciones respiratorias agudas (IRAS) en niños menores de 5 años y en el adulto mayor durante el mes previo al cuestionario, coinciden con lo informado en el Programa Sectorial de Salud de Veracruz 2005-2010[12], donde señala que las IRAS se encuentran en el primer subgrupo de las enfermedades transmisibles, siendo la primera causa de consulta en las unidades de salud.

En lo referente al abordaje cualitativo, pudimos observar que los académicos hacen interpretaciones distintas del concepto de salud. Por una parte dicha conceptualización se asemeja a la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (citado por San Martín 1975)[5], quien la define como "el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez". Por otro lado, se alude a una interpretación de salud parecida a la definición de salud mental[4139], la cual incluye el bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

Respecto a las fuentes de aprendizaje, se obtuvo que los académicos aprenden principalmente a través de la comunicación directa con otras personas, dichos resultados coinciden con lo expuesto por La Belle Thomas (1980)[4240], cuando menciona que la educación informal es un proceso que dura toda la vida, y por el cual las personas adquieren y acumulan conocimientos, capacidades, actitudes y comprensión a través de las experiencias diarias y del contacto con su medio.

En términos de la perspectiva de los prestadores del servicio médico, la interpretación respecto de la conceptualización de salud, es reconocida a partir de la enfermedad, principalmente la enfermedad física, situación atribuible según Mondragón y otros (1997)[43] a que la salud no es vista como un proceso integral, como suele encontrarse en diferentes libros o textos.

La correspondencia entre las enfermedades encontradas en los resultados cuantitativos y las mencionadas por los prestadores del servicio médico, guardan estrecha relación, puesto que estos ubican a las enfermedades crónico degenerativas como las de principal prevalencia en los académicos. De igual manera resaltan la presencia de enfermedades de tipo infeccioso respiratorias y digestivas.

Desde la mirada de los directivos, el hallazgo obtenido respecto a calidad en la estructura, instalación y equipos, hace referencia a la mejora de las condiciones del inmueble, tales como los consultorios médicos. En lo referente a calidad en la atención y conducta, se obtuvo que se consideró importante tener información del tipo de atención que reciben los derechohabientes en los hospitales que tienen contratados. En cuanto a los retos sociales se recalca la importancia de reeducar a los pacientes a través del uso de la medicina preventiva, dichos resultados coinciden con los encontrados en el estudio de Soto Olivares (2002)[17].

Se observó que los directivos consideran como retos de recursos humanos y retos económicos, el fortalecimiento del personal médico a través de cursos de actualización y tener los mejores servicios de salud con la mayor calidad posible al menor costo. Lo antes mencionado se relaciona con lo que establece la Organización Mundial de la Salud (citado por Soto Olivares 2002)[17] al considerar los siguientes requisitos como necesarios para alcanzar la calidad en salud: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud.

Dado que este estudio se realizó con una parte de la población de académicos derechohabientes de la UAIS de la UV, los resultados son válidos únicamente con la población de estudio. Las principales limitaciones de este estudio se centran en que éste tiene un enfoque transversal, el tiempo con el que se dispuso para realizar dicha investigación y los recursos humanos con los que se contó fueron insuficientes. Sin embargo este estudio permitirá contar con información local de las condiciones de salud-enfermedad de una parte de la población que atienden, para tomar decisiones en la elaboración y puesta en práctica de un diagnóstico de salud de todos los derechohabientes del servicio médico de la UV.

La pregunta de investigación de este trabajo aludía a conocer los principales daños a la salud y los factores de riesgo de los académicos derechohabientes. Con los resultados obtenidos se puede afirmar que las principales causas de mortalidad en la población de estudio fueron: cirrosis, cáncer y por vejez. En lo referente a las principales causas de morbilidad, se observo una mayor incidencia en: infecciones respiratorias agudas en niños menores

de cinco años y en adultos mayores de sesenta años, infecciones de vías urinarias, siendo el grupo de 25 a 44 años el de mayor afectación, así como los accidentes de tráfico por vehículo de motor. En lo referente a prevalencia, la hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo fueron los principales daños a la salud.

9. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

En esta investigación los resultados encaminan a emitir recomendaciones en el sentido de implementar estrategias integrales que permitan el reconocimiento de las principales características demográficas, la dinámica de la población, los daños a la salud, los factores de riesgo y recursos con los que se cuenta para organizar y gestionar el servicio médico de la Universidad Veracruzana. Estas recomendaciones permitirán fortalecer y ampliar la lucha contra los riesgos sanitarios, favorecer la cultura de la salud y desarrollar oportunidades que permitan elegir estilos de vida saludables.

Como se menciona en el Programa Nacional de Salud 2007-2012[1], la transición de los daños a la salud impone retos en la forma de administrar los servicios de salud, debido a que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que actualmente predominan en la sociedad, requieren de una atención compleja, son de larga duración y costosas, lo cual exige el empleo de alta tecnología y puntualiza la participación de múltiples áreas de especialidad.

Las propuestas de solución son las siguientes:
1. Realizar un diagnóstico de salud de toda la población derechohabiente del servicio médico de la Universidad Veracruzana, con su consecuente actualización anual.
2. Incluir acciones de promoción de la salud, prevención y control de riesgos sanitarios, así como la detección temprana de enfermedades.
3. Proporcionar capacitación al personal de salud, con la finalidad de desarrollar el conocimiento, la formación y actualización de los recursos humanos.
4. Modernizar y ampliar la infraestructura de UAIS de la UV, de acuerdo a las necesidades de atención y las características de la población derechohabiente.
5. Contar con un sistema de información que incluya los registros de todas las enfermedades que se presentan en la población derechohabiente y las causas de mortalidad de la población derechohabiente.
6. Utilizar la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión para establecer las causas de las enfermedades.

10. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

10.1. De los alumnos

La dinámica que se dio al interior del equipo de trabajo fue de apoyo, colaboración y disposición para cada una de las actividades que se tuvieron que realizar en el transcurso de esta investigación. La distribución del trabajo se realizó tomando en cuenta las habilidades y cualidades de cada una de las integrantes del equipo con la finalidad de obtener resultados favorables. Consideramos que la actitud, que cada una mostró durante todo el semestre y ante las diversas situaciones que se presentaron, permitió trabajar en armonía, y siempre teniendo como meta principal presentar un trabajo de calidad.

La experiencia de aprendizaje fue significativa, debido a que el desarrollo del trabajo implicó tener conocimiento de diversos temas, manejo de diferentes paquetes informáticos, habilidad para las relaciones humanas, así como cuestiones de aspectos valorativos, emocionales, y mentales.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alianza por un México Sano. México. Programa Nacional de Salud 2007-2012. [actualizado 19 de octubre de 2007][revisado 05 de febrero de 2008]. Disponible desde:http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
2. López Ramos F. El diagnostico de salud. En: López Ramos Francisco. El diagnóstico de salud en epidemiología, enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. México: Manual Moderno; 2006. p. 67-70.
3. Merino R. El proceso de administración en salud. En: Hernán San Martín. Salud y enfermedad. 4ª. Edición. México: La prensa Médica Mexicana; 1981. p. 894.
4. Ramos Domínguez B. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev. Cubana Salud Pública 2006; 32 (2): 164-170.
5. San Martín H. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Tomo 1. 1ª. Edición. México: La prensa Médica Mexicana; 1992.
6. Tapia Conyer R. El manual de la salud pública. 2ª edición. México: Editorial Intersistemas; 2006. p. 846
7. Domínguez Márquez O. La calidad de servicios de salud. 1ª. Edición. México: Limusa; 1993. p. 94.
8. Donabedian A. La calidad de la atención médica. La Prensa Mexicana, México: 1984; p. 163-169.
9. Mercado Martínez FJ. Análisis cualitativo en salud.

Teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdés; Universidad de Guadalajara. P. 42-72.
10. Cook TD y Reichardt Ch S. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En Cook TD y Reichardt Ch S. Compiladores. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata. 1986.
11. Collingwood RG. Autobiografía. México: Fondo de Cultura y Economía; 1953.
12. Secreataria de salud de Veracruz. Veracruz. Programa sectorial de salud 2005-2010. [revisado 05 de febrero de 2008] Disponible desde: http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INIICIO/MENU_LOGOS/PROGRAMA%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.pdf.
13. Boletín epidemiológico periódico. Vigilancia de enfermedades no transmisibles. Mayo 2004. [revisado 06 de febrero de 2008] Disponible desde: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/weblioteca.asp.
14. Izquierdo García B, Ortiz García JM, Escudero Macluf J. La salud: un factor que influye en el rendimiento de las funciones sustantivas de los investigadores de la Universidad Veracruzana. Ciencia administrativa. 2003(1); 214.243.
15. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. 1999. [pag. 16-27]. [revisado 06 de febrero de 2008] Disponible desde: www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99002.pdf.
16. Disease control priorities Project. Enfermedades no transmisibles. Julio 2006. [revisado 06 de febrero de 2008] Disponible desde: www.dsp2.org/file/76/DCPP-NCD-Spanish.pdf.
17. Soto Olivares MC. Análisis del grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del servicio medico de la UV-FESAPAUV. Universidad veracruzana. 2002.
18. Organización Panamerica de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. Washington, D.C. EUA. Septiembre 2006. [Revisado 06 de febrero de 2008] Disponible desde: http://www.paho.org/default_spa.htm
19. Marín Lozano JP, Mota Morales ML, Xolocostli Murguía MSA. Posicionando Línea de Vida. Gestión del conocimiento II y Salud Pública II: Productos de los módulos. 2007. ISSN: 1870-2767.
20. Universidad Veracruzana. Comunidad universitaria personal administrativo y directivo. 2007. [revisado 11 de octubre de 2007] Disponible desde:http://www.uv.mx/universidad/info/comunidad/adminativo.html
21. Contrato Colectivo de Trabajo del Personal Académico F.E.S.A.P.A.U.V. y Universidad Veracruzana 2006-2008.
22. Fuente directa: Zarate Gutiérrez Blanca Susana. Encargada de gastos médicos del comité regional – Xalapa FESAPUV.
23. Taylor SJ y Bogdan R. Ir hacia la gente. En Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidos Básica; 1992. p 15-27.
24. De Canales FH, De Alvarado EL, Pineda EB. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo del personal de salud. Washington: OPS/OMS;1994.
25. Hernández GE, Saldaña Ibarra SA. Perspectiva cuantitativa: guía práctica para su realización. México. p.152. No publicado. 2003.
26. Ladrón de Guevara Elsa, comunicación directa, sesión de clase 10 de octubre 2007.
27. Dever A. Epidemiología y administración de servicios de salud. Maryland: Editoral Aspen publishers; 1991.
28. Guerrero V., González M., Medina L. Indicadores epidemiológicos. En: Epidemiología. México: Fondo Educativo Interamericano, S.A. 1981; p. 36-48
29. Colimon KM. Fundamentos de epidemiología. Madrid. Editorial Diaz de Santos; 1990.
30. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En delgado JM, Gutiérrez Juan. Editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicología. 1994.
31. Hernández GE, González HA. Una aproximación al análisis cualitativo de los datos. Enseñanza e Investigación en Psicología 1998; 2 (3); 89-101.
32. Sánchez Serrano R. La observación participante. En Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Colegio de México. Porrúa; 2001.
33. Castañeda S. Manual para el curso de Psicología cognitiva. 1a . Edición. México, D. F. ITESM; 1993
34. Quintero Moncada A. Construcción del pensamiento. [monografía en Interne] 2005 [citado28 enero 2005] Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos16/construccion-pensamiento/construccion-pensamiento.shtml?monosearch.
35. Diccionario enciclopédico Lexipedia. Tomo 3. Enciclopedia británica publishers. 1994.
36. Hernández Guerson E, Saldaña Ibarra S A. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. México. p.66. No publicado.
37. Valles M, Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid (España): Síntesis Sociología, 1997.
38. Federación de Sindicatos y Asociaciones del Personal Académico de la Universidad Veracruzana.[revisado 08 de octubre de 2007]. Disponible desde: http://

fesapauvxalapa.org/serviciomedico.htm
39. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Suiza. 2004. Pág. 7-14.
40. La Belle TJ. Educación informal y cambio social en América Latina. México: Nueva imagen. 1980.
41. Mondragón Padilla LE, et al. Conceptos y prácticas sobre salud enfermedad en mujeres residentes de la ciudad de México. Vol. 11 No. 1, 1997. Pág. 12-20 [consultado 29 de enero de 2008].

AGRADECIMIENTOS

Al personal académico del Instituto de Salud Pública, por compartir sus experiencias y conocimientos.

Al personal que labora en la unidad de atención integral a la salud de la Universidad Veracruzana, ya que siempre nos brindaron un trato amable.

Al Secretario Académico y Asesor de la Secretaría de Administración y Finanzas de la Universidad Veracruzana por brindarnos las facilidades y los accesos para la realización de nuestra investigación.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD "EL CONEJO", MUNICIPIO DE PEROTE, VERACRUZ: CASA DE LA UNIVERSIDAD

Elizabeth Evelia Hernández Padilla
Nancy Ramírez Aburto
Rocío López Lara

Asesor interno: Dra. Elda María Rocío Coutiño Rodríguez
Asesor externo: Mtro. Víctor A. Celis Arellano

1. RESUMEN

Objetivo: Determinar los daños a la salud de la población que habita en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz, así como algunos de sus factores condicionantes y los recursos con que cuentan para su atención; además de explorar la valoración que hacen los actores sociales sobre la salud y los servicios que presta la Casa de la Universidad.

Metodología: Estudio bimétodo, realizado de octubre del 2007 a enero del 2008. La información sobre los daños a la salud se obtuvo mediante cuestionario aplicado a una muestra de 120 viviendas y fue analizada mediante criterios epidemiológicos. La información de la valoración que hacen los actores sociales de la localidad sobre el servicio que presta la Casa, se obtuvo mediante grupo focal y entrevista focalizada, analizando posteriormente el contenido temático.

Resultados: Los daños a la salud con mayor incidencia fueron infecciones de vías urinarias, diabetes mellitus e hipertensión arterial; los factores de riesgo asociados a estas enfermedades fueron el consumo diario de refresco para la primera, y la edad, tener un familiar con la enfermedad y obesidad, par las otras dos. Respecto al análisis cualitativo se destaca que para la población las principales preocupaciones son la falta de empleo y la carga económica de las enfermedades, mientras que la valoración que hacen del servicio es variable. Los prestadores y directivos del servicio señalan como retos la promoción de una cultura de salud, el fortalecimiento de una metodología de trabajo participativa y la obtención de financiamiento para las actividades en comunidad.

Discusión y conclusiones: La localidad muestra un perfil epidemiológico en transición: convergen las enfermedades infecciosas y las crónico degenerativas; la población no asocia a la Casa de la Universidad con la prevención o control de enfermedades, lo que no aparece entre las concepciones del personal del servicio, quienes centran su interés en la gestión de apoyos para la población. El enfoque, metodología de trabajo y práctica cotidiana del proyecto universitario no están vinculados con las necesidades de salud de la población.

2. INTRODUCCIÓN

Tal como lo señala el *Plan Nacional de Salud 2007-2012*[1], el perfil epidemiológico de nuestro país es complejo, ya que los principales problemas de salud que aquejan a las poblaciones son las enfermedades crónico-degenerativas y algunos daños a la salud relacionados con la pobreza y las condiciones de vida. El costo social de la atención de estas enfermedades se incrementa cuando por alguna falla en el sistema de salud la atención no es oportuna y efectiva. Pero la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones es un reto que corresponde no sólo a las instituciones del sistema de salud o a los organismos privados dedicados a ello; requiere también que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto participen activa y responsablemente en la construcción de una cultura de salud, adoptando estilos de vida saludables, procurando el autocuidado de su salud y la prevención de enfermedades.

Con la transición demográfica, el envejecimiento de la población, el estancamiento de la economía del país y los efectos positivos de programas masivos de prevención, en México se ha producido un descenso significativo de la mortalidad general y un cambio en las principales causas de muerte. Hemos pasado de la morbilidad y la mortalidad por desnutrición o por enfermedades diarreicas y respiratorias, a enfermedades crónico degenerativas relacionadas con estilos de vida poco saludables (sedentarismo, hábitos de alimentación inadecuados, tabaquismo, por ejemplo).

Sin embargo en las zonas rurales del país esta evolución no es tan perceptible; por el contrario, en ellas se da la convergencia de las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones con las enfermedades

carenciales o del rezago como las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas o la desnutrición.

La presencia simultánea de obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión e hiperlipidemia ha sido denominada como síndrome metabólico (SM). Según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, la prevalencia nacional de SM era de aproximadamente 30 por ciento en la población de veinte años y más[1]. Esta prevalencia ha aumentado al paso de los años y se espera que siga aumentando en razón de que la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial tienen carácter de epidemia en México. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) siete de cada diez personas adultas presentan sobrepeso y obesidad, mientras que la prevalencia de hipertensión en la población de veinte años y más en el país es de 30.8 por ciento. Después de los 60 años de edad la prevalencia asciende a 50 por ciento en los hombres y casi 60 por ciento en las mujeres. Según datos del Programa Sectorial de Salud 2005-2010[2], en Veracruz el 16.1 por ciento de la población de veinte años y más padece diabetes; para el 2003, se registró una tasa de mortalidad por diabetes de 52.4 por 100,000 habitantes.

Estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo, pero además influyen en el desarrollo de otras enfermedades como las isquémicas del corazón y las cerebro-vasculares, que junto con la diabetes mellitus representan el 33 por ciento de las muertes en mujeres y el 26 por ciento de las muertes en hombres[1].

Toda esta realidad epidemiológica se muestra aún más recrudecida cuando de poblaciones rurales e indígenas se trata, ya que en ellas los servicios de salud son más limitados y esto, sumado a la marginación social general, propicia condiciones de salud precarias en la población. De los 100 municipios más marginados del país que contienen al millón de mexicanos más pobres, Veracruz participa con el quince por ciento.

Así como ciertos estilos de vida contribuyen al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, otros factores carácter social representan un importante riesgo para enfermar, tales como la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios y los riesgos laborales.

En Veracruz, en el 2005, cuatro de cada diez ciudadanos habitaban en el medio rural, en localidades con menos de 2500 habitantes[2]. Pero además, estas poblaciones rurales son generalmente pequeños asentamientos de difícil acceso, lo que complica la dotación de infraestructura y servicios por parte de las diversas instituciones de gobierno. Según datos del Censo de Población y Vivienda del 2000, en Veracruz el 72.1 por ciento de las viviendas contaban con agua entubada, el 67.8 por ciento con drenaje y el 89.4 por ciento con energía eléctrica. Además, para ese año en el estado se tenía un promedio de 4.3 habitantes por vivienda.

Sumado a esto, la falta de aseguramiento incrementa los niveles de inequidad en salud para estas poblaciones de zonas rurales. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 refirió que el 48.5% de la población a nivel nacional manifestó no tener ningún tipo de protección por parte de instituciones o programas de seguridad social[3]. Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del cuarto trimestre del 2005, en Veracruz el 51.3 por ciento de la población no estaba asegurada[1].

Todos estos elementos desfavorables para la salud se reflejan en las cifras de padecimientos que han sido superados en aquellas poblaciones con mayores oportunidades de desarrollo social y económico. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) la prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años fue de 11.5 por ciento y en la ENSANUT 2006 fue de 12.9 por ciento; en Veracruz el 11.9 por ciento de los menores de cinco años tuvieron diarrea durante las dos semanas previas a la encuesta. En la misma encuesta se encontró que la prevalencia general de infección respiratoria aguda (IRA) en los niños con menos de diez años fue de 42.7 por ciento. Aproximadamente uno de cada dos niños de un año o menos las presenta, descendiendo su frecuencia conforme aumenta la edad[3].

Dentro de este breve recorrido por los principales padecimientos que aquejan a la población del país, destacan también el tabaquismo (uno de los principales factores de riesgo para muerte prematura tanto en mujeres como en hombres), el consumo de alcohol, asociado a otras padecimientos como la cirrosis hepática y los accidentes de tránsito; para el caso de estos últimos, la ENSANUT 2006 encontró que cinco de cada 100 adultos de veinte años y más sufrió algún daño a su salud a causa de un accidente en los doce meses previos a la encuesta. De éstos, aproximadamente la cuarta parte se debió a colisión de vehículos, atropellamientos y otros accidentes de transporte[1].

Finalmente, en el estudio de las condiciones de salud de las poblaciones juega un papel fundamental la calidad

de los servicios de salud, entendiendo por calidad su condición de efectividad, seguridad, eficiencia, respuesta a las expectativas de los usuarios, dignidad en la atención y facilitación de redes sociales de apoyo. Sin embargo, es una realidad que el sistema de salud enfrenta dificultades en términos de eficiencia, calidad técnica, calidad interpersonal y satisfacción de los usuarios[1].

En razón de todo lo planteado, se justifica que las instituciones tanto públicas como privadas dirigidas a la atención de la salud de las poblaciones, realicen de manera periódica, sistemática y oportuna el diagnostico de las condiciones de salud de sus usuarios, así como la identificación de cómo se comportan los factores de riesgo para los principales daños atendidos, ya que este panorama será el que alimente a la planeación y programación de sus acciones.

El diagnóstico de salud de la población de El Conejo por parte de un equipo multidisciplinario de estudiantes de la Maestría de Salud Pública del Instituto de Salud Pública (ISP) representa un ejercicio novedoso y altamente pertinente, al significar un mecanismo de colaboración entre instancias de la Universidad Veracruzana: el ISP y el Departamento de Vinculación Social; además, con la formación en la práctica de estudiantes de posgrado se está contribuyendo a la propia acción de estudiantes de pregrado en comunidades de alta marginación de nuestro estado.

El objetivo del estudio fue determinar los daños a la salud de la población que habita en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz, así como algunos de sus factores condicionantes y los recursos con que se cuentan para su atención; además de explorar la valoración que hacen los actores sociales sobre la salud y los servicios de salud que presta la Casa de la Universidad, durante el periodo agosto–diciembre de 2007. Con base en los resultados del diagnóstico, se pretendió proponer recomendaciones relacionadas con la protección de la salud de la comunidad y la prestación del servicio por parte de la Casa de la Universidad.

Para el desarrollo del estudio se planteó como pregunta general de investigación cuál fue la situación del proceso salud-enfermedad de la población de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz durante el periodo agosto-diciembre de 2007, misma que se complementó con una interrogante de tipo cualitativo: la búsqueda de la valoración que hacen los actores sociales de El Conejo sobre la salud y el servicio de salud que presta la Casa de la Universidad.

En razón de esta doble interrogante, el perfil epidemiológico de la población y la representación que los actores sociales construyen alrededor de los servicios de salud, se decidió para el estudio un diseño metodológico complementario que permitiera, por la parte cuantitativa, obtener información de frecuencia de las causas de enfermedad y muerte en la comunidad, así como la exposición a factores de riesgo identificados para cada entidad nosológica; mientras que por la parte cualitativa, acercarse a los significados que las personas construyen alrededor de la salud, la enfermedad y la obtención de atención médica.

La salud de los individuos y de las poblaciones es de naturaleza compleja; lo mismo intervienen en ella factores biológicos y medioambientales, que económicos y sociales o de estilo de vida. Por ello, se plantea que las prácticas de diagnóstico impulsadas desde una salud pública de carácter social pueden y deben abrirse a las potencialidades de estudios mixtos, con perspectiva integral y que recuperen la voz de los sujetos involucrados en la situación estudiada.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Argumentación teórica

3.1.1. El diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es un proceso de identificación de los factores que interactúan en la generación de las condiciones de vida, salud y enfermedad de una población. La función diagnóstica implica entender una situación actual, a partir de identificar las causas que dieron pie a esta situación[4]. Representa el primer paso en la planeación de las acciones de los Servicios de Salud, entendiendo por estos servicios a toda aquella institución oficial, particular o académica que realiza acciones de promoción, prevención y atención a la salud de los grupos poblacionales.

En razón de la dificultad para medir directamente la salud, en el diagnóstico se acude a índices que representan, directa o indirectamente, las desviaciones del estado de salud de una población. Estos indicadores se refieren a[5]:

a) El estado de salud de las personas y el grupo poblacional (demografía, encuestas de nutrición, censos de salud).
b) Las condiciones del medio capaces de influir, de manera más o menos directa, sobre el estado de salud de la población (saneamiento básico, vivienda, trabajo).
c) Las actividades y los servicios de salud que tienen como objetivo protegerla (eficiencia de programas, centros de

salud y personal sanitarista).
d) Indicadores socioeconómicos que miden el desarrollo económico y social de la comunidad y que, indirectamente, muestran el nivel de vida y salud de la población.

Un diagnóstico de salud estará siempre enmarcado por sus propósitos específicos y por los ámbitos del fenómeno salud-enfermedad que se proponga abordar. Siendo el diagnóstico el primer paso de la programación en salud, este responderá a la intencionalidad o inclinación de la estrategia sanitaria que se pretende planear. Con relación a los ámbitos, el diagnóstico podrá estar dirigido a la indagación sobre el estado de salud o enfermedad de una población y sobre su situación epidemiológica; o bien sobre las acciones que se realizan para su atención (el funcionamiento de los servicios y la organización del sector)[6]. En razón de esto, se han descrito teóricamente tres tipos de diagnósticos de salud, cada uno con propósitos particulares y ámbitos de estudio específicos.

3.1.2. Tipos de diagnósticos de salud

Diagnóstico administrativo
Es una propuesta del ámbito académico sanitario, con un enfoque funcionalista y objetivo. Responde a la perspectiva clásica de la planificación normativa, a través de la cual la salud y la enfermedad se examinan según categorías biológicas. Si bien este modelo se inició con la noción lineal de causalidad de las enfermedades (explicación unicausal: agente, huésped y ambiente), más adelante avanzó a explicaciones multicausales (teoría ecológica).

El modelo administrativo busca reconocer las poblaciones en riesgo, así como el nivel de gravedad y de emergencia de la enfermedad, para con esta información atender y responder, con eficiencia y eficacia, ante la situación. En este sentido, el diagnóstico administrativo de tipo cuantitativo implica primero un análisis biológico, epidemiológico y demográfico de la enfermedad presente en la población y, después, un análisis administrativo de los servicios de salud (sus recursos, sus metas y su nivel de productividad)[6].

Diagnóstico estratégico
Este modelo de diagnóstico reconoce las fuerzas sociales que operan en el proceso de salud-enfermedad; analiza los efectos que sobre la salud de las personas generan las diferencias entre los grupos sociales, estudia las diferencias cuantitativas y cualitativas de la salud y la enfermedad, según las regiones en que viven las personas y, especialmente, estudia desde un enfoque social-epidemiológico las causas biológicas y los determinantes sociales de la enfermedad.

El modelo de diagnóstico estratégico pretende estudiar los momentos de crisis o de discontinuidad en la dinámica de salud, así como los factores que entran en juego en este desequilibrio, tales como clase social, ingreso, acceso a alguna forma de poder o control; con el propósito de que los grupos más desfavorecidos se transformen, de receptores, en actores de su proceso de salud[6].

Diagnóstico ideológico
Este modelo es el único que analiza la ideología y el significado que están detrás de las prácticas de salud, así como los saberes que sobre la salud poseen los sujetos sociales. Por todo esto, el diagnóstico de salud se realiza en una doble dimensión: una, la del sector de salud (las ideologías, prácticas y ética de los prestadores del servicio sanitario) y dos, la de la sociedad (saberes, ideologías, prácticas y demandas de las poblaciones).

Este enfoque supone que los problemas de salud surgen de las contradicciones que se generan entre estas dos dimensiones, así como señala que, para asegurar su efectividad, las instituciones de salud deben asegurarse de que sus acciones sean legítimas y válidas, con relación a las necesidades de la población.

3 .1.3. Aproximación cualitativa al estudio de la salud

Frente al predominio del enfoque epidemiológico o cuantitativo en el campo de la salud, a finales de la década de los setenta surgieron estudios con una perspectiva comprensiva-interpretativa, que reconocieron y recuperaron el papel que, sobre el fenómeno de la salud-enfermedad, tienen los factores socioculturales, especialmente los significados que las personas construyen alrededor de las cosas, los hechos y las relaciones que establecen. Los estudios de corte cualitativo se interesaron en las percepciones, las representaciones sociales, las valoraciones, las experiencias de las personas y las relaciones que, todos estos elementos, mantienen con el contexto histórico-social que viven los grupos en estudio[7].

La investigación cualitativa rebasa el simple trabajo con el dato cualitativo; representa una forma diferente de hacer ciencia, según la cual el investigador se guía por una lógica inductiva-interactiva y no hipotético-deductiva como en la investigación cuantitativa; sus

metodologías de investigación, de carácter etnográfico, permiten un mayor acercamiento con los sujetos en estudio y su realidad; se profundiza en lo particular, más que en la búsqueda de la generalidad; el investigador asume la influencia e interdependencia que tiene con las poblaciones estudiadas[8].

La calidad de los datos que se obtienen se mide a partir de criterios distintos a los propios de la investigación cuantitativa; es decir, la calidad del dato cualitativo se juzga en razón de su *credibilidad* (que los resultados del estudio sean auténticos y confiables), su *confiabilidad* (que el proceso del estudio se prueba coherente y sistemático, de manera que arroje resultados dignos de crédito), su *confirmabilidad* (que el investigador asegure la neutralidad, a partir de mantener su reflexividad durante el estudio) y su *transferibilidad* (la posibilidad de transferir los procesos y los resultados a otros contextos similares)[7].

Los métodos de esta perspectiva se definen como participativos, permiten a las personas hablar y construir sus propias interpretaciones de la realidad, mismas que son recuperadas, reinterpretadas o hasta reconstruidas por el investigador. Estos estudios se centran en las preguntas del "*cómo*" y el "*por qué*", más que en el "*qué*" y en el "*cuánto*" de los estudios cuantitativos[7].

En los estudios de aproximación epidemiológica, ya sean a nivel poblacional o individual, se considera a la población como mera agregación de individuos, sin contemplar las posibles mediaciones, lazos e interrelaciones más estructurales que existen en una sociedad, mientras que la salud es reconocida principalmente en su dimensión orgánica. Por su parte, los estudios con metodología cualitativa estudian la salud desde el punto de vista de la concepción cultural y simbólica que la población tiene de la misma, lo que ha implicado una perspectiva fundamental para el desarrollo de una salud pública de corte social que contribuya de forma más precisa al estudio de los determinantes de la salud y la enfermedad, a la planificación sanitaria y a la evaluación de las intervenciones para la salud[9].

Algunos de los temas que se han abordado desde la perspectiva cualitativa son: la experiencia del dolor, el padecimiento de las enfermedades crónicas, la salud reproductiva, la sexualidad y salud, la salud mental, la violencia, la diabetes, la evaluación de los servicios de salud y las intervenciones participativas en salud. Estos estudios son ejemplo de que no existe una sola forma de hacer investigación cualitativa, sino que en esta perspectiva confluyen diversas estrategias, métodos y modelos para abordar los fenómenos sociales y de la salud[8].

3.1.4. Estudios bimétodo en las investigaciones sobre la salud

Pese al fortalecimiento de la perspectiva cualitativa en las investigaciones relacionadas con la salud y la enfermedad de las poblaciones, aún se registra un enfrentamiento entre las perspectivas cuantitativas y cualitativas, consecuencia de desconocer que ambos pensamientos pueden aportar interrogantes, respuestas, instrumentos, métodos y marcos que permitan una mejor comprensión y explicación de dichos fenómenos[10,11]. En la actualidad, algunos teóricos abogan a favor de una convergencia metodológica, que sume posibilidades de indagación en el estudio de los fenómenos sociales, esto cuando los planteamientos y propósitos del estudio sean compatibles (Lincoln y Gubba, Maxwell, Henwood, Creswell y otros, citados por Hernández, 2006)[12].

Quienes abogan por la combinación de enfoques señalan que los métodos no son válidos en sí mismos, sino que esta condición atañe a los datos, al proceso de análisis y a las explicaciones o conclusiones a las que se llega; pero, sobre todo, que si bien las perspectivas y sus métodos se han construido a partir de visiones dicotómicas del mundo, la realidad social, los fenómenos humanos y los objetos de conocimiento son de naturaleza holista, lo mismo pueden ser abordados como realidades objetivas que como realidades subjetivas[12].

A estos estudios con combinación de métodos se les ha llamado mixtos o bimétodo, pues sin implicar que pueda llegarse a una fusión o reducción de la perspectiva teórica y el propósito de la investigación, si se puede diseñar un procedimiento de estudio que responda a las diferentes dimensiones del fenómeno de interés, aprovechando para ello las potencialidades de cada método. Se señalan como ventajas de los estudios mixtos[12]: enriquecen la perspectiva del fenómeno, clarifican el planteamiento del problema, producen datos más ricos, amplían las dimensiones del proyecto de investigación, permiten explorar y explotar más los datos para el beneficio de inferencias más sólidas.

La integración o complementariedad de perspectivas da como resultado diversas opciones de diseños; es decir, no existe un estudio mixto, sino varios posibles modelos de diseño donde la metodología cualitativa y la cuantitativa contribuyan a la respuesta de dos o más preguntas de investigación de un mismo fenómeno estudiado. Se habla de estudios con diseños secuenciales, de enfoque

dominante o principal, en paralelo (con combinación o no del análisis de los datos y del reporte) y diseños mixtos complejos, donde la combinación de enfoques se procura en la mayoría de las etapas. En cualquiera de los casos, los diseños mixtos o bimétodo se basan en un concepto clave para la investigación cualitativa: la triangulación como principio de contrastación entre métodos, datos, investigadores o teorías.

Finalmente, es importante decir que un estudio mixto no sólo lo es por su diseño metodológico combinado, sino también por el planteamiento del problema, por la recolección y el análisis de la información, así como por la presentación del informe ya que en todos los casos el investigador debe asumir sus tesis, sus prácticas y sus criterios[10].

3.2. Argumentación empírica

3.2.1. La salud de El Conejo: Investigaciones de estudiantes universitarios

Como ejemplo de estudios diagnósticos situacionales, con un enfoque clínico y microbiológico, estudiantes de la Facultad de Bioanálisis de la Universidad Veracruzana realizaron, en el 2007, tres trabajos recepcionales sobre el estado de salud de la población de El Conejo, comunidad del municipio de Perote, Veracruz.

Lobato y Rodríguez, en el 2007, realizaron un estudio sobre la prevalencia de hipercolesterolemia e hiperglucemia en la población que asiste a la Casa de la Universidad Veracruzana de El Conejo[13]; mediante un diseño observacional, determinaron los niveles séricos de glucosa y colesterol de 29 sujetos de entre dieciocho y 75 años. Entre los resultados destaca que el 58.6 por ciento de la muestra (diecisite personas) tenían familiares diabéticos; además, seis de los sujetos ya eran pacientes diabéticos en control, seis más presentaron hipercolesterolemia (20.7 por ciento) y tres de estos doce sujetos presentaron ambos padecimientos (10.35 por ciento). Las personas con diabetes fueron en su mayoría mujeres y presentaban deficiencia de actividad física.

Castro y Ordaz, en el 2007, realizaron un análisis microbiológico del agua en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote y El Chico, municipio de Emiliano Zapata, Veracruz[14]; en cada zona de estudio se tomaron diez muestras de agua, para identificar y cuantificar los microorganismos coliformes y mesófilos aerobios. Como resultado, señalaron que las muestras de agua realizadas en El Conejo presentaron un aspecto turbio con producción de gas dando positivo la prueba confirmatoria, lo que indica la presencia de coliformes totales. El estudio incluyó como recomendaciones: monitoreo microbiológico a los tanques y a las redes de abastecimiento de agua, realizar campañas de educación y concientización sobre hábitos higiénicos y medidas de prevención contra las infecciones intestinales transmitidas por el agua.

Lara, en el 2007, realizó un estudio para la evaluación de la calidad microbiológica de los quesos producidos en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote[15]; el diseño metodológico consistió en una muestra de diez quesos frescos de cabra, elaborados de forma artesanal en la localidad, a los cuales se les realizó el análisis microbiológico, reportando que se encontraban contaminadas en un 90 por ciento por *Escherichia coli* y en un diez por ciento por *Klebsiella ozaenae*. Además, el diez por ciento de las muestras presentaron levaduras. Concluyó que el procedimiento artesanal para la elaboración de queso fresco no cumple con las condiciones higiénicas adecuadas, por lo que se hace necesario extremar las medidas de higiene personal así como las condiciones higiénicas de los establos, las zonas de preparación y venta de los quesos.

3.2.2. La investigación cualitativa sobre la salud de las poblaciones

En España, la perspectiva cualitativa ha tomado un fuerte auge en el estudio de la salud de las poblaciones. En el 2000, Conde y Gabriel[16] realizaron un estudio sobre la evolución de las representaciones sociales sobre la salud de mujeres madrileñas. La investigación consistió en la realización de diez grupos de discusión, definidos en función de las tipologías de mujeres que se habían construido en una investigación con el mismo fin, pero en 1993. La caracterización de los tipos se realizó en función de las variables sociodemográficas y de rol que se habían expresado más importantes en el estudio de 1993. La información obtenida se sometió a los procedimientos del análisis del discurso y los hallazgos se representaron gráficamente.

La investigación puso de manifiesto importantes cambios entre 1993 y el 2000. El discurso de las mujeres evolucionó del rol de ama de casa al de mujer trabajadora, con lo que las representaciones sociales dominantes hicieron hincapié en una dimensión más cercana al equilibrio personal de la propia mujer, más allá de su familia; el ámbito de las preocupaciones también evolucionó, centrándose en la actualidad al estrés por la doble jornada laboral.

Los investigadores señalan que el estudio permitió obtener conclusiones de tipo metodológico, vinculadas a la capacidad de la metodología cualitativa para hacer estudios comparativos y temporales, que pueden aportar información útil para reorientar determinados programas de salud dirigidos a las mujeres en una línea más cercana a sus preocupaciones.

Ludueña, Olson y Pasco, en el 2005, realizaron un estudio etnográfico sobre la promoción de la salud y la calidad de vida entre madres de preadolescentes en Argentina[17]. La investigación se abordó con un diseño metodológico cualitativo, utilizando la etnografía enfocada, que consiste en la identificación a priori de tópicos, conceptos, objetivos y preguntas específicos alrededor del tema de interés. Los datos se obtuvieron de una muestra intencional de diez madres mediante observación participante, entrevistas grabadas, notas de campo y diario personal.

El análisis temático de los datos condujo al significado del rol materno en la protección de los hijos ante comportamientos de riesgo para la salud y a la descripción de la influencia materna en las elecciones que hacen los preadolescentes ante comportamientos de riesgo. También se identificaron patrones de cuidado y los componentes del "buen vivir". En general, se reafirma la presencia del trabajo, la educación, la salud, la alimentación, la vestimenta, la vivienda, el ambiente y las relaciones de los individuos como factores asociados al concepto propio de calidad de vida.

En México, con un diseño cualitativo de corte interpretativo, Pérez, Vega y Romero en el 2006, realizaron un estudio con mujeres de zona rural sobre la percepción que tienen de su propio cuerpo y su relación con los trastornos del comportamiento alimentario como el sobrepeso, la obesidad o la "delgadez"[18]. Las autoras construyeron una serie de conceptos (dieta habitual, prácticas alimentarias, actividad física, percepción del cuerpo) que guiaron la dirección de la búsqueda y el análisis de información.

En una primera etapa, entrevistaron a 37 mujeres de la comunidad de Huatecalco, Morelos, con base en un cuestionario de dieciséis preguntas sobre su dieta habitual, sus prácticas alimentarias y la percepción de su cuerpo; en una siguiente etapa, seleccionaron a seis madres para realizar con cada una cinco entrevistas a profundidad y así explorar los temas antes tratados.

La metodología seguida en el estudio permitió acercarse a los temores, los significados, las inseguridades y las explicaciones que las mujeres de zona rural construyen alrededor de su cuerpo, su forma de comer, su tipo de trabajo, así como el significado que para ellas tienen determinados alimentos y procesos culinarios. El estudio concluye que las prácticas alimentarias *no son sólo hábitos, en el sentido de repetición mecánica de actos, ni pueden interpretarse como hábitos más o menos inadecuados, sino que son una consecuencia de conductas culturales.*

3.2.3. Estudios mixtos o bimétodo en salud

La combinación de metodologías en el diseño de estudios centrados en la salud aún es un ejercicio innovador, con escasos representantes; sin embargo, quienes han acudido a esta forma de enfrentar los objetos de estudio reportan resultados positivos.

En 1994, en el marco de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II), Bronfman y otros, realizaron un estudio cualitativo para indagar sobre el uso de los servicios de salud y sus determinantes microsociales[19] en México. El estudio constó de 192 entrevistas individuales abiertas y ocho grupos focales con usuarios de los servicios de salud en cuatro ciudades del país. Se realizó en forma paralela a la ENSA II, lo que representó en su momento una experiencia novedosa: una investigación con dos estrategias metodológicas independientes que se complementan al momento de los resultados, pudiendo con ello profundizar en los significados personales que median en los procesos de utilización de los servicios de salud.

Para las entrevistas y grupos de discusión se utilizaron guías temáticas de indagación, diferenciadas según fueran para los prestadores del servicio (centradas en sus principales problemas para realizar el trabajo y la valoración de la calidad de su servicio) o para los usuarios (centradas en la reconstrucción de su historial de enfermedad y la percepción de la calidad y costo de la atención).

Los investigadores señalan que es fundamental seguir con la investigación social dirigida al estudio del punto de vista de la población respecto a los servicios de salud, ya que se afirma que la distancia percibida entre los usuarios y los propios servicios es el principal problema relacionado con la utilización de los mismos. Esta distancia o brecha entre las personas y los servicios se alimenta de complejos sistemas burocráticos, desconfianza ante la capacidad de la institución para resolver los problemas de salud,

el costo del servicio y el trato que se proporciona a los pacientes. Además, entre los factores personales intervienen la percepción que el individuo tiene sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su capacidad para resistir la enfermedad, así como la tendencia a resolver en casa y con la automedicación los problemas de salud.

A mediados de los noventa, Bender realizó una investigación sobre los conocimientos relacionados con la práctica del amamantamiento como medio para espaciar los embarazos, en comunidades rurales de Bolivia[20]. Su investigación comenzó con una encuesta cuantitativa a 416 mujeres con un hijo menor de dieciocho meses. En una segunda etapa, se seleccionaron 63 mujeres para participar en ocho grupos de discusión para analizar en profundidad, con apoyo de una guía temática, por qué preferían la lactancia como método de amenorrea, además de indagar como habían aprendido eso.

La investigadora señala que el uso de los dos métodos, cualitativo y cuantitativo, permitió verificar la confiabilidad y validez de los datos obtenidos, además de comprender el significado que tiene para las mujeres la anovulación posterior al parto.

En el 2002, Castañeda, Brindis y Castañeda, realizaron un estudio sobre las percepciones que los adolescentes de comunidades rurales mexicanas tienen sobre su cuerpo y su sexualidad[21]. La investigación tuvo un diseño bimétodo en etapas secuenciales: primero se aplicó un cuestionario cuantitativo a una muestra de jóvenes de entre once y diecinueve años, de un universo de 1,179. Posteriormente, se seleccionaron jóvenes para participar en entrevistas en profundidad.

El estudio concluye ideas precisas sobre las estrategias, ritos e influencias que intervienen en la construcción de las representaciones sociales del cuerpo, del ejercicio de la sexualidad, de las enfermedades que se padecen y de la forma de cuidarse. Además, señala la importancia de entender la dinámica sociocultural de la construcción de la identidad, el sentido del propio cuerpo y la forma de nombrarlo por parte de las poblaciones jóvenes de zonas rurales marginadas en nuestro país. Para las autoras este tipo de estudio puede contribuir al diseño de políticas y programas de educación para la salud culturalmente viables, que reconozcan la influencia de factores individuales, colectivos y contextuales en la forma como las personas reciben y utilizan información relacionada con su salud.

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Justificación

Desde mediados del siglo XX, se ha concordado en lo general que la salud de los individuos y las poblaciones representa un estado completo de bienestar físico, mental y social, más que la sola ausencia de enfermedad. Se ha asociado la salud a términos como equilibrio, armonía, equidad y recursos para la adaptación, mientras que la enfermedad se define a partir de los términos opuestos. En cualquier caso, se reconoce que la naturaleza del fenómeno salud-enfermedad de los individuos es compleja, por lo que requiere de acciones enfocadas, programadas y oportunas para su correcta procuración[22].

En este sentido, las instituciones de salud contemplan como el primer paso para la programación de sus servicios el diagnóstico de salud, entendiendo por ello la indagación sobre los daños a la salud, los factores de riesgo y los recursos con que cuenta una población para enfrentar y resolver sus problemas de salud. En la medida que los estudios diagnósticos de las poblaciones permiten identificar la frecuencia y magnitud de los daños a la salud –causas de enfermedad y de muerte-, constituyen una herramienta fundamental para la planeación efectiva de las acciones de salud, asegurando con ello la pertinencia de los servicios.

Además de las instituciones formales de atención a la salud, otras instituciones de carácter público o privado proporcionan los servicios médicos en zonas de alto rezago de nuestro país; tal es el caso de las universidades públicas, como la Universidad Veracruzana en nuestro estado. Para esta institución, como para las pertenecientes al sector salud, el diagnóstico de las condiciones de salud y enfermedad de las poblaciones que atienden debe ser una etapa necesaria en su proceso de programación de acciones.

Sin embargo, esta afirmación queda en muchos casos como un ideal o un deber ser, que pocas veces se cumple en la práctica. El diagnóstico de salud se vuelve un compromiso operativo insuficientemente cumplido por las instituciones y organismos dedicados a la prestación de servicios sanitarios, lo que puede implicar un importante riesgo de desarticulación de las acciones con las necesidades de la población, ya que no se tienen referentes actuales y confiables para la planeación de los recursos materiales y humanos y, sobre todo, se desconocen las dimensiones de los daños a la salud de las poblaciones atendidas, así como el impacto que pueden tener esos daños sobre la productividad y la calidad de vida de los individuos y los grupos en cuestión.

En razón de lo anterior es que el Instituto de Salud Pública (ISP) de la Universidad Veracruzana, en septiembre del 2007 acuerda con la Dirección de Vinculación de la misma universidad desarrollar en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz, un diagnóstico de salud de la población, pretendiendo con él contribuir a la planeación, ejecución y evaluación de las acciones de salud que los universitarios realizan en el lugar.

Dada la naturaleza social del fenómeno de la salud-enfermedad, el estudio comprendió el análisis demográfico y epidemiológico de la población en estudio, así como un acercamiento a la perspectiva de los actores sociales involucrados, esto es, usuarios de los servicios de salud, así como prestadores y directivos de los mismos. Esta complementariedad de perspectivas y métodos de estudio permitió un análisis más completo y profundo del fenómeno salud-enfermedad, que lo mismo tiene determinantes biológicos que sociales y económicos; siendo la metodología cualitativa la que permite acercarse a estos últimos. Es precisamente la complejidad de la naturaleza del objeto de estudio la que justifica el diseño mixto de este estudio, asumiendo que la coexistencia de los paradigmas cuantitativo y cualitativo -como de sus respectivas metodologías- representa una oportunidad para la construcción del conocimiento[10].

4.2. Escenario del diagnóstico

4.2.1. La comunidad de El Conejo, municipio de Perote

La comunidad de El Conejo, perteneciente al municipio de Perote, Veracruz es una pequeña localidad que refleja, al igual que otras localidades de la región, un fuerte rezago social, así como las inclemencias climáticas que directamente impactan en la salud y condiciones de vida de la población[23]. El Conejo se ubica a unos 3,250 metros sobre el nivel del mar, con unas 768 hectáreas de superficie ejidal, todas dentro del Parque Nacional Cofre de Perote; según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el 2005 contaba con 996 habitantes y su clima varía entre frío-seco y templado-húmedo.

La comunidad cuenta con servicios públicos como agua entubada, energía eléctrica y drenaje. Tiene un Centro de Salud perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado, así como una escuela de preescolar, primaria y telesecundaria. Su economía esta basada en la ganadería ovicaprina, además de la agricultura de subsistencia y comercial centrada en la papa. La población cuenta también con algunos subsidios gubernamentales, especialmente del Programa de Oportunidades[23].

Siendo esta localidad una de las trece que se ubican en el interior del denominado Parque Nacional del Cofre de Perote, comparte muchas de las características y la problemáticas que son propias de esta importante zona de bosques protegidos (11,700 hectáreas entre los municipios de Perote, Las Vigas, Xico, Ixhuacán de los Reyes y Ayahualulco), donde además nacen algunos ríos que abastecen de agua a ciudades como Perote o la propia capital del estado, Xalapa. Entre las problemáticas que afectan al ambiente, y en consecuencia, a la población de la región se pueden señalar[24]:

- Asentamientos humanos en zonas de bosque protegido.
- Tala clandestina, ya sea por grupos madereros o de forma aislada pero constante para la extracción de leña para combustible doméstico.
- Cambio de uso del suelo, de forestal a la agricultura de papa, lo que favorece la erosión y empobrecimiento del suelo.
- Pastoreo intensivo, de ganado ovino-caprino, que ha llegado a los rincones más inaccesibles de la zona.
- Caza furtiva.
- Incendios que se repiten frecuentemente, algunas veces propiciados por los pastores para reverdecer el pasto y, en otras ocasiones, por descuido de los excursionistas, que dejan basura y desperdicios a su paso.

4.2.2. El servicio social en zonas rurales

El servicio social se considera como un acto obligatorio, reglamentado y como un compromiso que el estudiante de una profesión de la salud contrae ante la población. En 1989, la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (ANUIES) propuso, como uno de los aspectos a fortalecer en torno a la educación superior del país, la vinculación de la educación superior con la sociedad y el sector productivo; con ello se impulsó el acercamiento entre las instituciones educativas y la sociedad, así como la coordinación interinstitucional, todo con el fin de fortalecer la función social de las instituciones de educación superior[25].

Actualmente, la ANUIES considera a la extensión de los servicios, la vinculación y la difusión cultural como la

función sustantiva de la educación superior, en la misma dimensión que las funciones de docencia e investigación. Por extensión de los servicios se considera el conjunto de actividades que las instituciones de educación superior realizan para que sus alumnos interactúen con el entorno social y pongan en práctica sus conocimientos y competencias, tales como el servicio social, las estancias comunitarias, las prácticas profesionales y las brigadas universitarias; dentro del servicio social y comunitario, la promoción de la salud[a] y el desarrollo local tienen un papel fundamental. Sin embargo, la misma ANUIES reconoce que en los últimos años… "sólo el 20% de los prestadores de servicio social lo hace en programas que operan en zonas del país que requieren de mayor atención y desarrollo, dando respuesta a problemas relacionados principalmente con las áreas de la salud, la educación, la asesoría jurídica y la ecología"[26].

En el 2006, la ANUIES[26] señaló como los retos sobre los que se requiere trabajar para fortalecer la función de la extensión de los servicios, la vinculación y difusión de la cultura en las instituciones de educación superior:

- Diseñar nuevos esquemas de extensión de los servicios, vinculación y difusión de la cultura que integren las perspectivas y necesidades de los grupos sociales menos favorecidos.
- Elevar la pertinencia del servicio social mediante mecanismos e instrumentos de coordinación de las IES con las instancias gubernamentales y la sociedad en general.
- Elaborar lineamientos generales de servicio social, que permitan la reorientación de los reglamentos institucionales e incluyan la unificación de criterios para su realización, disposiciones para rescatar su filosofía y precisar sus propósitos, el establecimiento de un número mínimo de créditos, la duración mínima y orientaciones para su evaluación integral.

4.2.3. Proyecto Casas de la Universidad Veracruzana

En 1993, la Universidad Veracruzana inició su programa de Brigadas Universitarias en Servicio Social (BUSS), con el propósito de reorientar la práctica académica del servicio social hacia las comunidades con mayores necesidades y problemas, para fortalecer su desarrollo social integral. Al año siguiente, la universidad logró el financiamiento de la Fundación WK Kellog, a través del llamado Proyecto UV-UNIR, con el cual se fortalecieron las acciones de las brigadas universitarias a favor de la atención a las poblaciones rurales del estado[23].

Con la experiencia de este proyecto, en el 2000 se arrancó un nuevo proyecto de vinculación social y extensión de los servicios: las Casas de la Universidad Veracruzana, como un "espacio de encuentro" entre la población, los universitarios y las instituciones en el medio rural, indígena o suburbano. Con la primera casa de la universidad, ubicada en la comunidad de Coyopolan, municipio de Ixhuacán de los Reyes, se inició una experiencia de trabajo participativo alrededor de las problemáticas de las poblaciones, así como una formación profesional con mayor carácter social, autogestivo, multidisciplinario y humanista[23].

Posterior a la Casa de Coyopolan, se construyeron las Casas de la Universidad en El Manglar, municipio de Veracruz; la del Parque Ecológico Molinos de San Roque, en el municipio de Xalapa; y en el 2004, se construyó la Casa de la Universidad de El Conejo, municipio de Perote. Esta última se concibe como un "Centro de Vinculación Social y Desarrollo Comunitario Sustentable", con propósitos de atención a la salud de la comunidad y de promoción del desarrollo sustentable del lugar, pero también como un espacio de formación universitaria, de investigación y de vinculación interinstitucional. Recientemente se están construyendo tres casas más, con financiamiento del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal, en los municipios de Atlahuilco, Uxpanapa y Tlaltetela.

Las Casas de la Universidad Veracruzana actúan bajo una estrategia de brigadismo multidisciplinario, de trabajo en cuerpos colegiados y el establecimiento de alianzas entre diversas instituciones universitarias y de salud, lo que ha redundado en un doble beneficio: por un lado, el apoyo al desarrollo de las comunidades y, por el otro, la formación integral de los brigadistas universitarios[23].

Con el proyecto de las Casas de la Universidad Veracruzana se busca construir y consolidar un modelo de vinculación social universitario que permita la distribución social de la información y el conocimiento, que facilite el intercambio cultural necesario para el desarrollo comunitario sustentable y que genere información sobre la salud de la población, misma que pueda ser utilizada en acciones de atención médica, gestión y canalización de pacientes

[a] *La Secretaría de Educación Pública define los servicios de salud, que ofrecen las instituciones de educación superior (IES), como aquellas actividades que propician que los alumnos y los profesores relacionen la teoría con la práctica y propongan modelos alternativos de atención, para mejorar las condiciones de la salud de la población.*

hacia hospitales de segundo y tercer nivel, programas de prevención, educación y difusión para la salud comunitaria y trabajos académicos de investigación[23].

4.3. Preguntas de investigación

En razón de lo anterior, se planteó una pregunta central que dirigiera el estudio epidemiológico; además, con el propósito de contrastar resultados, se planteó una pregunta complementaria que, desde la perspectiva cualitativa, permitiera profundizar sobre el proceso de salud-enfermedad de la población.

4.3.1. Cuantitativa

¿Cuál es la situación del proceso salud-enfermedad de la población de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz, durante el 2007?

4.3.2. Cualitativa

¿Cuál es la valoración que hacen los actores sociales de El Conejo, sobre el servicio de salud que presta la Casa de la Universidad?

5.OBJETIVOS

5.1. General

Determinar los daños a la salud de la población que habita en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz, así como algunos de sus factores condicionantes y los recursos con que se cuenta para su atención; además de explorar la valoración que hacen los actores sociales sobre la salud y los servicios de salud que presta la Casa de la Universidad, durante el 2007.

5.2. Específicos[b]

- Identificar las principales causas de mortalidad y morbilidad de la población de El Conejo.
- Determinar algunos de los factores de riesgo para la salud que se presentan en la población de El Conejo.
- Conocer la infraestructura con la que cuenta la comunidad para atender los problemas de salud pública.
- Con base en los resultados del diagnóstico, proponer recomendaciones relacionadas con la protección de la salud de la comunidad y la prestación del servicio por parte de la Casa de la Universidad.

6. METODOLOGÍA

Con el propósito de responder a una doble interrogación sobre la salud de la población de El Conejo, para esta investigación se planeó un estudio bimétodo o de complementariedad de métodos, que permitiera recuperar y analizar información de carácter epidemiológico, en paralelo a la búsqueda de los significados que para los individuos tiene la salud y la prestación de los servicios de la Casa de la Universidad Veracruzana.

A continuación, se detallan los tipos de estudio, diseño muestral, procedimientos de recuperación y análisis de información según cada una de los métodos utilizados en esta investigación mixta. Cabe señalar que los resultados de estos procesos también se presentarán por apartado cuantitativo y cualitativo, pero son integrados finalmente en la discusión y conclusiones del trabajo.

6.1. Abordaje cuantitativo

6.1.1. Tipo de estudio y diseño

El diseño de la investigación, en su metodología cuantitativa, fue de tipo observacional, transversal y descriptivo, lo que permitió identificar la situación de salud de la población y los diversos factores asociados a la misma, desarrollando la medición de las variables en un tiempo determinado; se considera observacional dado que no hubo manipulación de variables, sino sólo se recuperó información de hechos concretos. En este diseño, característico de los estudios tipo encuesta, se indagó sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento (los daños a la salud) una vez definida la población en estudio[28].

6.1.2. Universo y muestra

La población objetivo del estudio fueron los 996 habitantes de la comunidad de El Conejo que, según datos del Conteo de Población y Vivienda del 2005 del INEGI, habitaban en las 174 viviendas registradas en la comunidad ese año. Si bien se consideró en el inicio de esta investigación la posibilidad de censar el universo en estudio, durante el diseño de la misma se decidió trabajar con una muestra, en virtud de la reducción del período

[b] *Los estudios que responden a una perspectiva y/o metodología cualitativa no incluyen objetivos específicos, ya que la naturaleza de su indagación es más general, flexible y dinámica que en los estudios cuantitativos; en el primer caso, el objetivo sólo enuncia los temas esenciales de la investigación y ubica el punto de partida de un proceso inductivo, del cual no se puede saber hasta dónde llegará.*

para la recolección de información y por la dificultad para acceder a la población todos los días.

Para el estudio demográfico y epidemiológico la unidad de muestreo considerada fue la vivienda, entendida como el espacio delimitado por paredes y techos de cualquier material, donde viven, duermen, preparan sus alimentos, comen y se protegen una o más personas unidas o no por lazos de parentesco[28].

Se utilizó un muestro de tipo aleatorio simple y se calculó un tamaño de muestra de 120 viviendas, con un nivel de confianza de 95 por ciento y un valor asociado de 1.96; el margen de error fue de 0.05 y, al no contar con estudios previos que refirieran la probabilidad de encontrar en la población los casos de interés (es decir, que presentaran los daños investigados) se consideró el valor de 0.5 para calcular la proporción de la muestra, tal como se muestra en Tabla 1.

Tabla 1. Procedimiento para la obtención de la muestra

Datos	Fórmulas	Resultado	Ajuste
N= 174 P= 0.5 d= 0.05 Z=1.96	$n_0 = \frac{z^2 P(1-P)}{d^2}$ $n = \frac{n}{1+\frac{n}{N}}$	$n_0 = \frac{(1.96)^2\ 0.5(1-0.5)}{(0.5)^2}$ $n_0 = \frac{(3.8416)^2\ 0.5(0.5)}{0.0025}$ $n_0 = \frac{0.9604}{0.0025}$ $n_0 = 384.16 / 384$ $\frac{n}{N} = \frac{384}{174} = 2.20$	$n = \frac{384}{1+\frac{384}{174}}$ $n = \frac{384}{1+2.20}$ $n = \frac{384}{3.2}$ n= 120 viviendas

En donde	N	Significa:	Tamaño de población
	n_0		Tamaño de la muestra, sin ajuste
	n		Tamaño de la muestra final
	p		Proporción de casos con la característica de interés
	d		Precisión o margen de error (0.05)
	Z		Nivel de confianza (1.96)

Además, se establecieron criterios para la inclusión, exclusión, eliminación y sustitución de las unidades de muestreo; de igual manera, se definieron criterios para los informantes en cada vivienda. A continuación se detallan esos criterios:

Criterios de la muestra:
De inclusión:
• Viviendas cuyos habitantes sean originarios de la comunidad o residan en ella, desde al menos tres años antes.

De exclusión:
• Aquellas viviendas cuyos habitantes no habiten, duerman, ni coman en ella de forma permanente, aún localizándose en la vivienda al momento de la encuesta.
• Aquella vivienda seleccionada donde el informante se niegue a participar en el estudio y a proporcionar la información de la encuesta.
• Aquella vivienda en la que, en la primera visita, no se encuentre un informante que reúna las condiciones requeridas para responder a la encuesta.
De eliminación:
• Encuestas recabadas con información incompleta o errónea, que no permita identificar correctamente a los habitantes de la vivienda.
De sustitución:
• Se sustituirá a las viviendas donde, al momento de la encuesta, no se encuentre una persona que reúna los requisitos para ser informante con otra vivienda, seleccionada aleatoriamente.

Criterios para el informante:

De inclusión:
• Se considerará informante a cualquier habitante de la vivienda, mayor de 18 años, que esté dispuesto a contestar la encuesta.
De exclusión:
• Aquel habitante de la vivienda con alguna deficiencia intelectual o dificultad para comunicarse.
De eliminación:
• Aquel habitante de la vivienda mayor de 18 años que, aún estando dispuesto a contestar la encuesta, desconoce la información demográfica básica que se le pide.

6.1.3. Definición de las variables e indicadores para el análisis

6.1.3.1. Análisis cuantitativo

Para el análisis cuantitativo de la información, previo al levantamiento de la misma, se definieron una serie de variables e indicadores correspondientes a las dimensiones demográfica, epidemiológica y de los recursos, servicios y programas de salud. Particularmente, para el análisis epidemiológico se eligió un procedimiento para la priorización de daños a la salud, definiendo para ello las variables y los indicadores a considerar en esa priorización.

Variables para el análisis demográfico
Se identificaron como variables para el análisis de la

estructura de la población: la edad, el sexo y el lugar de residencia de las personas participantes en el estudio; mientras que para analizar la dinámica de la población, se consideró la variable crecimiento natural de la población. De estas variables se obtuvieron respectivamente los porcentajes de la población por grupos etáreos, los porcentajes de la población por sexo, la razón hombre/mujer y las tasas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural y fecundidad. En el Anexo 1 se puede consultar el detalle de la definición conceptual, la definición operacional, la fuente de información, la escala de medición de la variable y el indicador a utilizar en cada caso.

Variables para el análisis epidemiológico

Para el análisis epidemiológico se consideraron las variables morbilidad y mortalidad, como daños a la salud en la población estudiada. Se entiende por morbilidad el número de casos de una enfermedad o problema de salud, que se registra en una población y en un período de tiempo determinado; sus indicadores fueron incidencia y prevalencia, siendo el último solo para el caso de enfermedades crónicas. Mortalidad es el número de defunciones que ocurren en una población y en un período de tiempo determinado, según la causa de muerte, el sexo y la edad del fallecido; se midieron mediante tasas específicas de mortalidad por causa. En el Anexo 2 se presentan las dimensiones de cada una de estas variables, además de su definición conceptual, definición operacional, la fuente de información, la escala de medición y el indicador a utilizar en cada caso.

La priorización de daños

• Aspectos básicos

La priorización es el proceso de identificación y jerarquización de los daños, con mayor impacto en la población estudiada. Se entiende por daños a la salud, el impacto que sobre la salud y vida de los habitantes de un lugar generan las causas de mortalidad y morbilidad identificadas. Dado que no sería factible para una institución de salud la atención de todas las causas de enfermedad y muerte en una población, se recurre a su jerarquización en razón de criterios específicos que den cuenta de su dimensión, su impacto y sus posibilidades de atención.

• Criterios de priorización

Para priorizar los daños a la salud, tanto en morbilidad como en mortalidad, se atendieron a los siguientes criterios:

• Magnitud, que representa el tamaño del daño y se calculó en cuanto a la mortalidad con la Tasa de Mortalidad por Causa (TMC) y, en cuanto a la morbilidad, con la llamada Incidencia acumulada.

• La trascendencia, que representa el impacto social del daño, se calculó en cuanto a la mortalidad, con la medida de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), mientras que en la morbilidad se calculó con la tasa de mortalidad por causa.

En la mortalidad, se valoró también la vulnerabilidad del daño, que es la posibilidad de que éste sea reducido por la intervención de los servicios de salud, a través de la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM), con relación a la mortalidad por la misma causa en una población de referencia, en este caso el municipio de Xalapa.

Finalmente, la priorización para mortalidad, se obtiene de la multiplicación de la Tasa de Mortalidad por Causa (TMC), por los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y luego por la Razón Estandariza de Mortalidad (REM); mientras que la priorización para la morbilidad, se obtiene de la multiplicación de la Incidencia acumulada (TI) por la Tasa de Mortalidad por Causa (TMC).

• Proceso de priorización y resultados

En razón de la dificultad para contar con información demográfica y estadística de morbi-mortalidad desglosada por localidad que permitiera realizar la priorización de los daños de El Conejo, fue necesario considerar los datos de morbilidad y mortalidad del municipio de Perote y desarrollar a partir de ellos la identificación de los principales daños a la salud que se indagarían en el diagnóstico.

De esta manera, con base en información proporcionada por la Jurisdicción Sanitaria V, se identificaron los daños que representaron el 80 por ciento de la morbilidad y la mortalidad en el municipio de Perote, en el 2006. Se concentró la frecuencia de cada una de esas enfermedades en tablas para la jerarquización de la morbilidad y la mortalidad del municipio y se estimaron las TMC, AVPP, REM, para finalmente multiplicar en cada caso los indicadores respectivos y obtener la priorización de daños por morbilidad y por mortalidad.

Respecto a la morbilidad de Perote, en el 2006, se identificó que las enfermedades con mayor incidencia fueron las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y las infecciones de vías urinarias, tal como se muestra en la Tabla 2:

Tabla 2. Incidencia de morbilidad por causa, municipio de Perote, Ver. 2006

Causa	Frecuencia	TI*
Infecciones respiratorias agudas	2,798	4,744
Infecciones intestinales	707	1,199
Infecciones de vías urinarias	551	934
Intoxicación por alcohol	446	756
Úlcera, gastritis y duodenitis	285	483

** Tasa de incidencia por cien mil habitantes.*
Fuente: Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

A continuación, en las Tablas 3 y 4, se presentan los resultados de la priorización de morbilidad y mortalidad en el municipio de Perote, en el 2006; tomando como referencia las causas de mortalidad y de morbilidad del municipio de Xalapa, en el mismo año:

Tabla 3. Priorización de la morbilidad, municipio de Perote, Ver. 2006. Según su magnitud y trascendencia

Causa	Casos nuevos	Defunciones	Magnitud	Trascendencia	Priorización
			Incidencia	TMC*	
Infecciones respiratorias agudas	2,798	17	4,744	2.88	13,675.12
Infecciones intestinales	707	6	1,199	1.02	1,219.57
Intoxicación aguda por alcohol	446	7	756	1.19	897.57
Infecciones de vías urinarias	551	0	934	0.00	0.00
Ulcera, gastritis y duodenitis	285	0	483	0.00	0.00
Total	4,787	30	8,116	5.09	15,792.26

** Tasa de mortalidad por causa por 10 mil habitantes.*
Nota: Se utilizó Xalapa como población de referencia.
Fuente: Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Debido a que durante el 2006 no se presentaron, en Perote, casos de mortalidad por infecciones de vías urinarias ni por úlcera, gastritis y duodenitis, no se obtuvo su trascendencia, quedando priorizadas como las causas de morbilidad cuarta y quinta.

Tabla 4. Priorización de la mortalidad, municipio de Perote, Ver. Según su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad

Causa	Población	Defunciones	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Priorización
		por causa	TMC*	AVPP	REM	
Neumonía, organismo no especificado	58,977	15	0.3	569.25	3.14	536.23
Trastornos respiratorios y cardiovasculares del periodo perinatal	58,977	11	0.2	726.00	1.53	222.16
Accidentes de transporte	58,977	15	0.3	490.00	1.48	217.56
Enfermedades isquémicas del corazón	58,977	17	0.3	158.25	1.07	50.80
Diabetes mellitus	58,977	25	0.4	237.75	0.40	38.04

** Tasa de mortalidad por causa por mil habitantes.Fuente: Sistema Estatal de Estadísticas de Defunciones (SEED).*

- Daños priorizados

De esta manera, para la morbilidad del municipio de Perote se priorizaron las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales, las infecciones de vías urinarias, la intoxicación aguda por alcohol y las úlceras, gastritis y duodenitis. Debido a que este diagnóstico representó un ejercicio académico compartido por once equipos de

alumnos de la Maestría en Salud Pública del ISP, mismos que realizaban su propio proceso de jerarquización de daños para la población usuaria de distintas unidades de salud, se integró entre todos una lista de padecimientos prioritarios. De manera que además de las primeras cuatro causas de enfermedad jerarquizadas para Perote, se sumaron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y los accidentes de tráfico por vehículo de motor.

En la priorización de la mortalidad de Perote, se identificaron como las causas de mayor valor la neumonía, los trastornos respiratorios y cardiovasculares del periodo perinatal, los accidentes de transporte, las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus. Al consensar con las causas priorizadas por los otros diez equipos de alumnos, quedaron como daños a indagar por mortalidad: la diabetes mellitus, la cirrosis, el infarto agudo al miocardio, la hipertensión arterial y los accidentes de tráfico.

Cada una de las causas de morbilidad y mortalidad que se indagarían en el diagnóstico quedó definida como una de las dimensiones que toman las variables morbilidad y mortalidad, detalladas en el Anexo 2.

6.1.3.2. Variables de los factores de riesgo para los daños priorizados

El diagnóstico se realizó con un enfoque epidemiológico social[6] y desde una perspectiva ecológica de la causalidad de las enfermedades, de manera que se reconocieron y, por lo tanto, se identificaron cuatro grandes grupos de factores, que pueden actuar en conjunto durante la ocurrencia de un daño:

- Factores biológicos
- Factores socioculturales (estilos de vida)
- Factores económicos (nivel de vida)
- Factores ambientales

Los factores biológicos son aquellos intrínsecos al individuo y cuya naturaleza no puede ser modificada, tales como la edad, el sexo o la herencia. Los factores socioculturales son aquellos estilos de vida aprendidos, factibles de ser modificados y que representan riesgo para la salud, tales como el sedentarismo, la alimentación rica en grasas y carbohidratos o el consumo de sustancias adictivas. Por otro lado, las condiciones de la vivienda y la falta de servicios como agua potable o drenaje, son consideradas como factores económicos de riesgo para la salud. Finalmente, la contaminación ambiental, la exposición a algún agente tóxico o las condiciones riesgosas e insalubres de algunos empleos, son agrupadas como factores ambientales para algunos daños.

En el Anexo 3 se presenta la definición conceptual, operacional, la fuente de información, la escala de medición y los indicadores de cada uno de los factores de riesgo de las seis causas de morbilidad analizadas en este diagnóstico, así como de los factores de riesgo de las cinco causas de mortalidad priorizadas. También se describen las dimensiones y el índice de medición para aquellas variables cuya conceptualización es compleja y se componen de varios aspectos.

6.1.3.3. Variables de recursos, servicios y programas de salud

Para la identificación de los recursos, servicios y programas de salud que operan en la comunidad de El Conejo, se definieron las siguientes variables: rendimiento de consulta por hora médico, cobertura de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas, derechohabiencia, utilización de servicios de salud y percepción de la calidad de los servicios de salud, mismas que se describen a detalle en el Anexo 4.

6.1.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.1.4.1. Mecanismos y técnicas para la recolección de la información

Dentro del diseño cuantitativo se planeó acudir a fuentes primarias de información, esto es, el propio informante, a través del levantamiento de una encuesta y utilizando como instrumento un cuestionario diseñado para los fines del diagnóstico de salud.

Se previó que la encuesta sería realizada por el equipo responsable del diagnóstico, mismo que diseñaría en colegiado con los otros equipos de la Maestría el instrumento para el levantamiento de la información. De ser necesario, por la brevedad del tiempo para recuperar la información, se contempló y gestionó la colaboración de otros encuestadores, a los que previamente se les capacitaría sobre el contenido y aplicación del instrumento.

6.1.4.2. Instrumento para la recolección de la información

Se diseñó un cuestionario, con catorce secciones y 150 reactivos, para obtener información de los habitantes de las viviendas encuestadas; a continuación se enlistan estas secciones, mismas que se pueden consultar en el instrumento completo (Anexo 5).

I. Datos de identificación.
II. Características demográficas.
III. Condición de actividad económica y escolaridad.
IV. Tabaquismo y alcoholismo.
V. Obesidad.
VI. Defunciones.
VII. Características de la vivienda y nivel de vida.
VIII. Salud del menor de 5 años.
IX. Salud en el adulto mayor.
X. Diabetes mellitus.
XI. Hipertensión arterial.
XII. Infarto agudo del miocardio y cirrosis.
XIII. Infección de vías urinarias.
XIV. Accidentes de tráfico por vehículo de motor.

6.1.4.3. Validación del instrumento

El cuestionario diseñado para el diagnóstico fue validado el 10 de diciembre del 2007, en la comunidad de Coyopolan, del municipio de Ixhuacán de los Reyes, Veracruz, mediante la aplicación de diez cuestionarios entre los habitantes de esta comunidad beneficiaria de una Casa de la Universidad Veracruzana; se eligieron estas condiciones por representar un grupo similar al de la muestra final de El Conejo.

- Resultados de la prueba piloto

En la prueba piloto del instrumento se identificó que el tiempo promedio de aplicación de un cuestionario era de 25 minutos; también se identificaron dificultades para su manejo y para la comprensión de algunas preguntas. Posterior a ello, se reseñaron las observaciones y se hicieron los ajustes necesarios al instrumento, en trabajo colegiado de alumnos y profesores de la Maestría en Salud Pública.

Con la prueba piloto no sólo se validó el instrumento, sino que se puso a prueba la idoneidad del abordaje metodológico, encontrando que este era adecuado para obtener la información sobre las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población. También se puso a prueba el muestreo aleatorio simple, resultando conveniente para el estudio de las enfermedades priorizadas.

6.1.5. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.1.5.1. Procedimientos para el procesamiento de la información

Se diseñó una base de datos en el editor de datos *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versión 12.0, definiendo en ella cada una de las variables analizadas en el cuestionario, así como sus características (definición, valores de respuesta, nivel de medida, entre otras). Posteriormente, la información obtenida a partir de los cuestionarios aplicados para el estudio se capturó en el programa y a partir de allí se obtuvieron tablas de frecuencias absolutas y relativas, además de gráficos.

Cabe señalar que la información de los diez instrumentos aplicados durante la prueba piloto fue capturada en una base de datos en Excel, previa codificación; posteriormente fue exportada al editor SPSS, de manera que se pudiera validar también la integración de la base de datos y la generación de resultados. Durante este proceso de validación, se realizaron los ajustes necesarios para conformar la base de datos definitivos, mismos que fue integrada con la colaboración de todos los equipos de alumnos participantes en la Maestría.

6.1.5.2. Indicadores para la descripción

Respecto a los indicadores cuantitativos, que se utilizaron en la descripción y análisis de la información proveniente de la población en estudio se establecieron para el caso de las características sociodemográficas de la población: razón hombre/mujer, tasa bruta de mortalidad, tasa bruta de natalidad, tasa de crecimiento natural y tasa de fecundidad general, todas estas para el 2007; para el caso de los daños a la salud, se planeó obtener: frecuencias, distribuciones, proporciones, incidencia

acumulada y prevalencia para cada daño. En cuanto a la evaluación de los factores de riesgo de los daños priorizados, se planeó obtener también frecuencias y porcentajes de cada uno de los factores presentes.

6.1.5.3. Técnicas para el análisis

Para analizar los factores de riesgo de las enfermedades a las que se les valoró su incidencia, tales como infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias, accidentes de transporte e infarto agudo al miocardio, se planeó utilizar la técnica de análisis de riesgo relativo (RR), mientras que para las enfermedades de tipo crónico, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el alcoholismo y el tabaquismo, se planeó aplicar la razón de momios (OR); en ambos casos se planeó calcular sus respectivos intervalos de confianza, para verificar la significancia de cada factor de riesgo estudiado.

Para las variables de tipo ordinal o continuas, se planeó realizar el cálculo de estimadores puntuales como son promedios, frecuencias y tasas. También se construirían intervalos de confianza del 95 por ciento para estas variables.

Como parte de la estadística descriptiva, se elaboraron cuadros y, a partir de estos, gráficos para presentar frecuencias relativas y absolutas; según la naturaleza de las variables las gráficas fueron de pastel o sectores para las variables nominales; diagramas de barras para nominales y ordinales; histogramas para variables continuas; y diagramas de barras acumuladas para variables nominales agrupadas.

6.2. Abordaje cualitativo

6.2.1. Tipo de estudio y diseño

En función de la profundidad del análisis de los resultados, el tipo de estudio cualitativo fue interpretativo, ya que buscó especificar las propiedades importantes de las personas o grupos sometidos al análisis, además de explorar el significado que las acciones y las cosas tienen para ellos. Esto corresponde al primer nivel de análisis cualitativo, el de la reproducción fiel[29].

Los estudios cualitativos se caracterizan por un diseño metodológico dinámico, dialéctico y no lineal, lo que implica que el diseño original es factible de modificaciones, conforme la investigación va ocurriendo[8]. De manera que el diseño inicial contempló la definición de tres tipos sociales a investigar, características y número de participantes por cada tipo social, así como un número específico de eventos y técnicas a desarrollar; sin embargo, algunos de estos elementos (número de participantes, número de eventos y técnicas a desarrollar) se modificaron en el transcurso de la investigación, tal como se describirá en las secciones siguientes de este informe.

6.2.2. Universo y muestra

Para el componente cualitativo de la investigación, el universo de estudio estuvo conformado por los tipos sociales que están en relación o contacto con la Casa de la Universidad: los usuarios del servicio, los prestadores del servicio y los directivos del proyecto.

Se llama tipo social a los atributos que caracterizan a ciertos individuos y que les permiten ser reconocidos como representantes de determinados grupos; cada tipo social representa una relación social considerada a priori como un elemento significativo en el contexto del fenómeno estudiado[29].

Además, cada tipo social estuvo representado por informantes o variables discursivas (Ver Tabla 5). Estas variables discursivas fueron seleccionadas bajo las características del muestreo teórico por estratos sociales, que consiste en el establecimiento inicial de un número determinado de personas, con las características de interés, según cada estrato o tipo social, mismo que puede ser modificado conforme evoluciona el estudio y se requiera ampliar o refinar la información obtenida[29,30].

Tabla 5. Universo y muestra inicial del componente cualitativo del diagnóstico de salud de El Conejo, Perote, Ver. 2007

Universo	Muestra	
Tipos sociales	Variables discursivas	Número de participantes
Usuarios del servicio	Mujeres	De 16 a 20 personas (organizadas en dos grupos focales)
Prestadores del servicio	Prestadores del servicio social	2 personas
Directivos	Coordinadores de Casas de la Universidad	2 personas

Las variables discursivas debieron mantener ciertos atributos que permitieran la riqueza del discurso; por una parte, características que los diferenciaran entre sí, como edad o sexo, pero otras que los hicieran pertinentes para el estudio,

como la asistencia regular a la Casa de la Universidad para los usuarios del servicio; la pertenencia al equipo de trabajo de la Casa de la Universidad de El Conejo, para los prestadores del servicio; o que fuesen responsables de actividades de coordinación y vinculación de las Casas de la Universidad, para los directivos.

6.2.3. Definición de conceptos y subconceptos

Para el análisis cualitativo de los datos obtenidos, a partir de las variables discursivas, se consideraron una serie de conceptos y subconceptos, que permitieran codificar e interpretar el discurso. El concepto se refiere a un tema o idea general que surge de la propia realidad, de la duda del investigador o del vocabulario de los informantes. Los subconceptos se conforman por temas o proposiciones menores, que describen las diferentes dimensiones que toma, en la práctica, ese gran tema de estudio[31].

Con base en las preguntas cualitativas centrales para cada tipo social, se plantearon los siguientes conceptos principales:

Usuarios del servicio	• Valoración del servicio • Preocupaciones
Prestadores del servicio	• Significado de la práctica • Calidad • Motivación
Directivos	• Retos

Posteriormente, se definieron conceptualmente y se establecieron los principales subconceptos que podían captar el sentido en el discurso de los actores sociales. Todos estos conceptos y subconceptos fueron validados, a partir de la revisión de bibliografía especializada en la base de datos *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); los nuevos constructos se socializaron en grupo con los pares de la Maestría en Salud Pública y con los docentes del Módulo de Gestión del Conocimiento I, sometiendo de esta manera la conceptualización al llamado juicio de expertos.

Posterior a la etapa de conceptualización, se realizó un proceso de creación de códigos y codificación de las entrevistas, de manera que pudiera identificarse cada tema de interés con el segmento que lo refiriera. A medida que se fue codificando el discurso, fue necesario establecer nuevos subconceptos y subcódigos, que respondieran a lo descrito por las variables discursivas.

Para el concepto de "significado de la práctica", utilizado con los prestadores del servicio, se definieron a priori los subconceptos: retribución a la sociedad, espacio formativo y satisfacción personal, pero al momento de codificar fue necesario crear los de: estatus social y visión tradicional.

Algo similar sucedió con el concepto de "valoración del servicio" por parte de las usuarias, que a los subconceptos de: resolutivo, no resolutivo, disponibilidad de la atención, capacitación para prevención de enfermedades y tradicional, sumó el de: atención a enfermedades menores, fuente de ingresos y gratitud.

El concepto de "calidad del servicio", según los prestadores, se desglosó a priori en: disponibilidad de la atención, suficiencia técnica y material para la resolución de problemas clínicos, trato respetuoso y amable y eficiencia en el manejo de los recursos; a partir de la revisión y codificación del texto se incluyeron los subconceptos de: bajo costo del servicio y ejercicio responsable y ético.

Finalmente, para el de concepto de "retos", por parte de los directivos se sumaron los subconceptos de: cultura de salud, enfoque y metodología de trabajo, integración académica e integración a la cultura comunitaria.

En el Anexo 6 se presentan las tablas de conceptos y subconceptos construidos a priori para los tres tipos sociales analizados; en ellas se incluyen ya los subconceptos identificados a partir de la revisión de las entrevistas, así como los códigos de cada uno.

6.2.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.2.4.1. Mecanismos y técnicas para la recolección de la información

La negociación para el desarrollo del componente cualitativo comenzó con los acuerdos y las gestiones que la Dirección del ISP realizó con el Departamento de Vinculación Social para la ubicación de un equipo de alumnas de la maestría en la sede de la Casa de la Universidad de El Conejo; posteriormente, para la realización del grupo focal con los usuarios del servicio se acudió a una representante de la comunidad para programar la fecha, hora y lista de posibles participantes en la actividad. Con los prestadores del servicio, se organizó la actividad mediante comunicación directa. Con los directivos, se concertaron las citas por teléfono y de forma personal, en este último caso, con la gestión del director del Instituto de Salud Pública.

Las técnicas de investigación utilizadas en la metodología cualitativa pueden concebirse como dispositivos de producción y regulación del habla investigada. Durante el estudio, para recuperar la perspectiva de los sujetos, se acudió a técnicas de persona como el grupo focal y la entrevista focalizada; así como la observación durante estos eventos, como técnica de contexto[29].

El grupo focal consiste en la generación de discurso por parte de una serie de personas sujetas a una situación de interés; el moderador se apoya de una guía temática para detonar la participación sobre el tema de interés[32]. Los participantes en el grupo deben presentar características homogéneas: en este caso, madres de familia residentes en la localidad, nivel social similar y todas usuarias frecuentes del servicio de la Casa de la Universidad.

La entrevista individual focalizada es una técnica de diálogo o conversación cualitativa que busca la experiencia subjetiva de los participantes en una situación concreta (en este caso, ser usuarias frecuentes de los servicios de la Casa de la Universidad) y se realiza con el apoyo de una guía de preguntas construidas a partir del tema en estudio[33].

De forma complementaria al grupo focal y a las entrevistas focalizadas, se realizó observación participante, recuperando en registros de observación las características y condiciones de los lugares, el perfil de los participantes y, especialmente, su disposición a participar, sus reacciones durante la conversación y la ruta que siguieron las preguntas de la guía[30].

6.2.4.2. Instrumentos para la recolección de la información

Para la recuperación de información, desde la perspectiva de los sujetos, se diseñaron guías temáticas para los grupos focales y para las entrevistas al directivo y a los prestadores del servicio, así como una hoja de registro de observaciones; todos estos instrumentos se presentan en el anexo 7.

6.2.4.3. Validación de los instrumentos

La construcción y redacción de las guías temáticas fueron revisadas en colegiado por el equipo responsable del diagnóstico y con la asesoría de los docentes del Módulo de Gestión del Conocimiento I de la Maestría en Salud Pública. A lo largo de una serie de reuniones para revisar su construcción, las guías temáticas se fueron modificando y perfilando hasta llegar al punto de quedar centradas en la búsqueda de ciertos tópicos o asuntos relacionados con la investigación.

El día 7 de diciembre del 2007, las guías temáticas de los grupos focales con usuarios y prestadores del servicio fueron sometidas a la consideración de los potenciales informantes, un grupo de iguales para cada tipo social, en la comunidad de Coyopolan, del municipio Ixhuacán de los Reyes. Posteriormente, el 13 de diciembre se piloteó la guía de entrevista al directivo del servicio de salud, a través de una entrevista piloto con el médico responsable del Centro de Salud de El Conejo, municipio de Perote. En los tres casos se probó la hoja de registro de observación. Mediante esta prueba piloto se validó empíricamente la capacidad de las preguntas para generar discurso en los participantes.

- Resultados de la prueba piloto

Al igual que con la prueba piloto del componente cuantitativo, el principal resultado de la prueba en campo de los instrumentos cualitativos fue validar la pertinencia del diseño metodológico; en este sentido, con la información obtenida se probó la variedad y la riqueza del discurso de los diferentes tipos sociales, además de permitir perfeccionar las guías temáticas. En este sentido, la experiencia con los factores que dificultaron y los que contribuyeron a la realización de la prueba piloto, permitió tomar decisiones para la investigación en El Conejo (como la adaptación del grupo focal previsto para los prestadores del servicio, a entrevistas individuales focalizadas, o la previsión de mejores condiciones ambientales para la grabación de las entrevistas).

6.2.5. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.2.5.1. Procedimientos para el procesamiento de la información

Para el análisis cualitativo se siguieron una serie de etapas. Se inició con la recuperación de información en campo durante los eventos y el registro de escenarios y actitudes de los participantes. Posteriormente, todas estas evidencias fueron convertidas a texto; en el caso de la transcripción del grupo focal con las usuarias del servicio se utilizó el procesador de voz *Dragon Naturally Speaking*. La transcripción se validó volviendo a escuchar las grabaciones y verificando que el texto fuese una reproducción fiel del discurso; esta actividad fue realizada por el responsable de cada evento.

Cuando se tuvo transcrito todo el discurso de los actores sociales, se revisó y depuró eliminando aquellos fragmentos donde las opiniones del entrevistador pudieron inducir en alguna medida el discurso de los participantes.

Después, se desarrolló la etapa de codificación cerrada con conceptos y subconceptos definidos a priori. Mediante estas proposiciones y conceptos definidos a partir de la teoría -cuya función fue guiar la lectura y análisis de los datos- se codificaron los segmentos que correspondían a un tema de interés. Finalmente, se construyó el espectro del discurso para facilitar la comprensión de los datos en el contexto en que fueron recogidos[29].

6.2.1.2. Técnicas para la descripción

Siendo este un estudio de tipo interpretativo, la técnica utilizada para la descripción del contenido comunicado fue el análisis de contenido, que consiste en un procedimiento para analizar los documentos poniendo énfasis en el sentido de las expresiones que las personas externaron. El análisis del contenido implica la búsqueda de palabras y conceptos significativos dentro del texto, pero sobre todo la exploración del sentido que esas palabras y expresiones tuvieron en el marco de los temas y categorías propuestos *a priori*[34].

Para el análisis del contenido se construyó el espectro del discurso de las variables discursivas[29], según cada tema o concepto relevante. Este espectro consiste en una tabla de doble entrada, donde en las filas se anotan las variables discursivas escuchadas y en las columnas aparecen los subconceptos indagados en su discurso.

En cada una de estas tablas se cualificaron los elementos presentes en el discurso, en términos de la *generalidad* (presente en tres cuartas partes o más del discurso), *variabilidad* (presente en dos cuartas partes) o *caso extremo* si alguna opinión aparecía en al menos una cuarta parte de las variables discursivas o en ninguna ocasión. Estos criterios se atendieron en el análisis del contenido de las variables usuarios del servicio y prestadores del servicio, en virtud de que se contó con información de tres eventos por cada variable; sin embargo, para cualificar la distribución de los elementos del contenido del discurso de los directivos se modificaron los criterios, ya que sólo se contó con información de dos eventos, de manera que para esta variable se tomó como caso extremo la ausencia de menciones de un subconcepto, variabilidad la mención del subconcepto en una variable y como generalidad, la mención en las dos variables (anexo 8).

7. RESULTADOS

7.1. Localización geográfica de la sede

La comunidad de El Conejo, perteneciente al municipio de Perote, Veracruz, se ubica a 3,250 metros sobre el nivel del mar, con una superficie ejidal de 768 hectáreas, todas dentro del Parque Nacional Cofre de Perote[24]. En el centro de la localidad se ubica la Casa de la Universidad Veracruzana.

La Casa de la Universidad de El Conejo ha venido prestando servicios ocasionales a diecinueve comunidades, pertenecientes a tres municipios de la región de Perote, Las Vigas y Xico. Sin embargo, para el período septiembre 2007 - febrero 2008 su población de responsabilidad son los habitantes de El Conejo.

7.2. Características físicas de la unidad

Diseñado por un equipo de arquitectos de la Universidad Veracruzana, en colaboración con la propia comunidad, la Casa de la Universidad Veracruzana de El Conejo fue visualizada como un proyecto modular de construcción a corto, mediano y largo plazo que se iría ejecutando conforme se obtuvieran los financiamientos para cada módulo. Consta de tres módulos o edificaciones que conservan el estilo de la arquitectura regional: el primero, donde se ubica un laboratorio forestal, un consultorio odontológico, un área de reuniones y un centro comunitario digital; el segundo, es un salón de usos múltiples; y el tercero, el albergue para los brigadistas[24].

7.3. Características personal de salud

El equipo de trabajo, de la casa de la universidad en El Conejo, está formado por el coordinador de la casa y por una brigada universitaria de servicio social que, para el periodo septiembre del 2007 - febrero del 2008, cuenta con dos odontólogos, una nutrióloga, un enfermero y un psicólogo. Los brigadistas se turnan para prestar atención de lunes a viernes, de 08:00 a 17:00 horas.

7.4. Servicios que se ofrecen en la unidad

En razón de su perfil académico, el equipo de brigadistas presta servicios de atención odontológica (profilaxis, extracciones, amalgamas), vigilancia y asesoría nutricional, apoyo pedagógico y psicológico; y canalización para la atención médica al centro de salud.

Con la coordinación del personal del Voluntariado de la Universidad Veracruzana, también se prestan otros servicios

en la casa, tales como: un taller de costura a las mujeres usuarias y otro más de elaboración de artículos navideños; todos estos productos son vendidos en Xalapa con la gestión del Voluntariado a través del Centro Veracruzano de Arte Popular (POPULARTE). Además, la Casa cuenta con un centro de cómputo que brinda servicio a los niños y jóvenes de la comunidad. En colaboración con el Laboratorio de Biotecnología y Ecología Aplicada (LABIOTECA), de la Universidad Veracruzana, las usuarias de la casa participan en un proyecto de siembra y venta de plantas para reforestación.

7.5. Derivados del análisis cuantitativo

Durante la aplicación de la encuesta, se encuestaron las 120 viviendas programadas en la muestra; en promedio se encontraron seis habitantes por vivienda. Es importante mencionar que sólo en algunos casos se encontraron de diez a trece habitantes en la vivienda. Aquellas viviendas en que no se encontró un informante, fueron sustituidas por otra para lograr la muestra programada.

7.5.1. Características sociodemográficas

Distribución por edad en grupos quinquenales y por sexo
A partir de la encuesta realizada, se encontró que con relación a los 630 sujetos de la muestra, en El Conejo el 51 por ciento de la población es femenina (326 personas), mientras que el 49 por ciento es masculina (304 personas); con relación a su distribución por edad, los grupos con mayor frecuencia son los niños de cinco a nueve años (13.8 por ciento de la muestra) y los de diez a catorce años (trece por ciento de la muestra). La distribución de los individuos decrece drásticamente a partir del grupo de 45 a 49 años (3.3 por ciento de la muestra). Los menores de un año representan el 2.5 por ciento de la muestra, mientras que los mayores de 65 años representan el 3.6 por ciento de la misma.

Tabla 6. Distribución por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.*	%**	No.*	%**	No.*	%**
< 1 año	9	2.76	7	2.30	16	2.54
1 a 4	36	11.04	27	8.88	63	10.00
5 a 9	44	13.50	43	14.14	87	13.81
10 a 14	49	15.03	33	10.86	82	13.02
15 a 19	32	9.82	36	11.84	68	10.79
20 a 24	25	7.67	34	11.18	59	9.37
25 a 44	90	27.61	78	25.66	168	26.67
45 a 49	9	2.76	12	3.95	21	3.33
50 a 59	14	4.29	17	5.59	31	4.92
60 a 64	5	1.53	6	1.97	11	1.75
≥ 65	12	3.68	11	3.62	23	3.65
Edad no especificada	1	0.31	0	0.00	1	0.16
Total	326	100.00	304	100.00	630	100.00

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Razón hombre mujer
A partir de la encuesta realizada, se encontró que con relación a los 630 sujetos de la muestra, en El Conejo se presentan 93 hombres por cada 100 mujeres.

$$\text{Razón} = \frac{\text{hombre}}{\text{mujer}} = \frac{304}{326} = 0.93$$

Tasa bruta de mortalidad para el 2007
En el período del año 2007, con relación a la muestra de 630 sujetos, se presentó una tasa bruta de mortalidad de 4.76 por cada mil habitantes.

$$\text{TBM} = \frac{3}{360} * 1000 = 4.76 \text{ por cada 1,000 habitantes}$$

Tasa bruta de natalidad para el 2007
En el período del año 2007, con relación a la muestra de 630 sujetos, se presentó una tasa bruta de natalidad de 30.16 por cada mil habitantes.

$$\text{TBM} = \frac{19}{360} * 1000 = 30.16$$

Tasa de crecimiento natural para el 2007
En el período del año 2007, con relación a la muestra de 630 sujetos, se presentó una tasa de crecimiento natural de 25.40 por cada mil habitantes; es decir, que en el 2007 y con relación a la muestra hubo una diferencia positiva entre el número de personas que fallecieron y las que nacieron: En el año nacieron 19 personas y fallecieron tres, lo que da como resultado el numerador 16.

$$\text{TCN} = \frac{16}{360} * 1000 = 25.40$$

Tasa de fecundidad general para el 2007
En el período del año 2007, con relación a la muestra de 630 sujetos, se presentó una tasa de fecundidad general de 121.79 por cada mil mujeres en edad fértil o, doce nacidos por cada 100 mujeres en edad fértil.

$$TFG = \frac{19}{156} * 1000 = 121.79$$

Distribución por lugar de residencia

Todos los habitantes encuestados habitan permanente en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote.

Distribución por nivel de escolaridad (≥ 12 años)

Con relación a la muestra del estudio, el 39.39 por ciento de los sujetos de doce años y más no tienen ninguna escolaridad concluida, mientras que el 41.49 por ciento de los sujetos de doce años y más de la muestra, reportó haber concluido la educación primaria. El 15.85 por ciento de la muestra (68 sujetos de entre 429 mayores de doce años), concluyó la secundaria. Sólo un 0.93 por ciento de la muestra ha cursado el bachillerato (4 personas) y dos personas de entre la muestra reportan haber cursado una licenciatura, tal como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de la población ≥ 12 años según nivel de escolaridad, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Escolaridad	No.*	%**
Ninguno	169	39.39
Primaria	178	41.49
Secundaria	68	15.85
Bachillerato	4	0.93
Carrera técnica o comercial (después de la preparatoria)	1	0.24
Licenciatura	2	0.47
Se desconoce su escolaridad	7	1.63
Total	429	100.00

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Distribución por condición de actividad económica (≥ 12 años)

En la Tabla 8 se observa que con relación a los integrantes de la muestra de doce años y más, el 42.43 por ciento pertenece al grupo de la población económicamente activa (PEA), mientras que más del 57 por ciento pertenece al grupo de la población económicamente inactiva (PEI). De entre los 182 sujetos de la muestra económicamente activos, 132 trabajaron en la semana previa a la encuesta y 50 no trabajaron. Por su parte, de los 247 sujetos de la muestra económicamente inactivos, 46 estudian y 165 son mujeres dedicadas a las actividades del hogar. Sólo tres personas de la muestra fueron reportadas como incapacitadas para trabajar.

Tabla 8. Distribución de la población ≥ 12 años según condición de actividad económica, El Conejo, Perote, 2007

Condición de actividad económica		No.*	%**
Población Económicamente Activa (PEA)	Trabaja	132	30.77
	Tenía trabajo pero no trabajó	47	10.96
	En busca de trabajo	3	0.70
	Subtotal	182	42.43
Población Económicamente Inactiva (PEI)	Estudia	46	10.72
	Ama de casa	165	38.46
	Jubilado o pensionado	1	0.23
	Incapacitado permanente para trabajar	3	0.70
	No trabaja	26	6.06
	Se desconoce su actividad	6	1.40
	Subtotal	247	57.57
	Total	429	100.00

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Proporción de población analfabeta por sexo (≥ 15 años)

En la Tabla 9 se muestra que de los 381 sujetos de la muestra de quince años y más, 59 personas fueron reportadas como que no leen ni escriben un recado y de esta cantidad (el 15.4 por ciento), de ellos 34 son mujeres (el 57 por ciento del total de analfabetas, son mujeres). Esto es, por cada hombre analfabeta hay 1.3 mujeres en esta condición. Además, entre los que se reportaron como alfabetas, el 53 por ciento son hombres.

Tabla 9. Proporción de la población ≥ 15 años analfabeta por sexo, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Sexo	Alfabetas	Analfabetas	Se desconoce	Total
Femenino	150	34	3	187
Masculino	166	25	3	194
Total	316	59	6	381

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$p = \frac{59}{381} = 0.154 \qquad 15.4\%$$

Distribución del nivel económico familiar

Respecto al nivel económico familiar, el 79.37 por ciento de las viviendas muestreadas tienen un nivel económico bajo, mientras que sólo el 20.83 por ciento de la población

presentó un nivel económico medio; para este estudio se estratificaron los niveles económicos a partir del número de satisfactores materiales mínimos indispensables que posee la familia, de manera que nivel bajo correspondió a las viviendas donde se carece de los satisfactores básicos; el nivel medio correspondió a las viviendas donde existen todos los satisfactores básicos y el nivel alto, aquel donde se poseen los satisfactores básicos y ni básicos. Se estimó que de las 630 personas de la muestra, 500 viven en viviendas en donde existe algún déficit de satisfactores básicos (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de la población según nivel económico familiar, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Nivel económico familiar	No. de viviendas	%*	Personas x Vivienda	%*
Bajo	95	79.17	500	79.37
Medio	25	20.83	130	20.63
Alto	0	0.00	0	0.00
Total	120	100.00	630	100.00

** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Frecuencia de hacinamiento
En la Tabla 11 se muestra que de forma coincidente con el nivel económico familiar, el 64.2 por ciento de las viviendas encuestadas presentó hacinamiento, esto es tres o más personas durmiendo en una habitación, mientras que sólo el 35.8 por ciento de las 120 viviendas fue identificada sin hacinamiento.

Tabla 11. Frecuencia de hacinamiento en la población, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Hacinamiento	No.*	%**
Con hacinamiento	77	64.20
Sin hacinamiento	43	35.80
Total	120	100.00

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Proporción de viviendas en condiciones desfavorables
El 96.67 por ciento de las viviendas encuestadas presentan condiciones desfavorables asociadas a padecer enfermedades diarreicas agudas (piso de tierra, techo de lámina, sin drenaje y sin agua potable). Sólo cuatro de las 120 viviendas de la muestra no presentan condiciones de riesgo para enfermedades diarreicas agudas (Tabla 12).

Tabla 12. Viviendas en condiciones desfavorables según enfermedades diarreicas agudas, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Condición de la vivienda	No.*	%**
Con riesgo	116	96.67
Sin riesgo	4	3.33
Total	120	100.00

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Por otro lado, el 92.50 por ciento de las viviendas encuestadas presentaron condiciones desfavorables asociadas al riesgo de padecer enfermedades de las vías respiratorias (uso de leña para cocinar, hacinamiento, cocina usada como dormitorio). Sólo nueve de las 120 viviendas de la muestra no presentan condiciones de riesgo para infecciones respiratorias agudas (Tabla 13).

Tabla 13. Viviendas en condiciones desfavorables según infecciones respiratorias agudas de El Conejo, Perote, Ver. 2007

Condición de la vivienda	No.*	%**
Con riesgo	111	92.50
Sin riesgo	9	7.50
Total	120	100.00

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

7.5.2. Identificación de los daños

- Infección respiratoria aguda en niños < 5 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general, por edades desplegadas y por sexo

En la tabla 14 se muestra que de los 79 menores de cinco años de la muestra, se reportó que 56 enfermaron de las vías respiratorias durante el mes previo a la encuesta; de estos casos, el 55 por ciento fueron niñas y la edad de mayor frecuencia, los dos años. Esto significa que por cada diez menores de cinco años de la muestra, siete enfermaron de las vías respiratorias durante el mes de diciembre del 2007.

Tabla 14. Casos de infecciones respiratorias agudas en el < 5 años en edades desplegadas y sexo, El Conejo, Perote, Ver. Diciembre 2007

Edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
< 1 año	6	4	10
1	6	7	13
2	8	7	15
3	6	4	10
4	5	3	8
Total	31	25	56

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{incidencia acumulada} = \frac{56}{79} = 0.71$$

• Infección respiratoria aguda en el adulto mayor durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general y por sexo

En la Tabla 15 se presenta la incidencia acumulada general de las infecciones respiratorias agudas. De los 34 sujetos mayores de 60 años de la muestra, se encontró que catorce enfermaron de las vías respiratorias durante el mes previo a la encuesta; de estos casos, el 57 por ciento fueron hombres y la mayor incidencia se presentó en los mayores de 65 años. Esto significa que de cada diez adultos mayores de 60 años de la muestra, cuatro enfermaron de las vías respiratorias durante el mes de diciembre del 2007.

Tabla 15. Casos de infecciones respiratorias agudas en el adulto > 60 años por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. Diciembre 2007

Grupos de edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
60 a 64	1	2	3
≥ 65	5	6	11
Total	6	8	14

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{incidencia acumulada} = \frac{14}{34} = 0.41$$

• Enfermedad diarreica aguda en niños < 5 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general, por edades desplegadas y por sexo

En la Tabla 16 se muestra la incidencia acumulada general de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años, por edades desplegadas y por sexo. De los 79 menores de cinco años de la muestra, se reportó que 18 enfermaron de diarrea durante el mes previo a la encuesta; de estos casos, el 67 por ciento fueron niños y el periodo de mayor frecuencia fue del primero a los cuatro años. Esto significa que por cada diez menores de cinco años de la muestra, dos enfermaron de diarrea durante el mes de diciembre del 2007.

Tabla 16. Casos de enfermedades diarreicas agudas en el < 5 años por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. Diciembre 2007

Grupos de edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
< 1 año	1	3	4
1 a 4	5	9	14
Total	6	12	18

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{incidencia acumulada} = \frac{56}{79} = 0.71$$

• Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años durante el mes previo a la entrevista: incidencia acumulada general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

De las 187 mujeres de quince años o más de la muestra, 28 reportaron haber padecido alguna condición asociada a infección de vías urinarias durante el mes previo a la encuesta; de estas, la mayor proporción de casos se presentó en el periodo de edad de 25 a 44 años. Esto significa que por cada diez mujeres de quince años o más de la muestra, poco más de una enfermaron de infección de vías urinarias durante el mes de diciembre del 2007 (Tabla 17).

Tabla 17. Casos de infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años por grupos de edad, El Conejo, Perote, Ver. Diciembre 2007

Grupos de edad	Con IVUS*	Sin IVUS*	Se desconoce	Total
15 a 19	1	28	3	32
20 a 24	4	19	2	25
25 a 44	17	70	3	90
45 a 49	2	7	0	9
50 a 59	2	9	3	14
60 a 64	1	4	0	5
≥ 65	1	10	1	12
Total	28	147	3	187

** Infección de vías urinarias*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{incidencia acumulada} = \frac{28}{187} = 0.15$$

• Accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos > 16 años durante los últimos ocho años: incidencia acumulada general, por sexo y por grupos de edad de interés epidemiológico

En la Tabla 18 se presenta la incidencia acumulada de accidentes de transporte en vehículo de motor, general y por grupos de edad de interés epidemiológico. Entre los 254 sujetos mayores de dieciséis años pertenecientes a la muestra, sólo el uno por ciento reportó haber sufrido un accidente automovilístico en los últimos ocho años, siendo en todos los casos hombres de entre 25 a 34 años.

Tabla 18. Frecuencia de accidentes de transporte en vehículo de motor en > 16 años por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. 2000-2007

Grupos de edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
15 a 24	0	0	0
25 a 44	0	3	3
45 a 59	0	0	0
≥ 60	0	0	0
Total	0	3	3

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{prevalencia} = \frac{3}{254} = 0.01$$

• Hipertensión arterial sistémica: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

En la Tabla 19 se presenta la prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico de la hipertensión arterial. De los 313 sujetos mayores de veinte años de la muestra, trece fueron referidos como enfermos de hipertensión arterial, lo que representa una prevalencia de 4.2 por ciento. De estos casos, el 77 por ciento son mujeres. El período de edad con mayor frecuencia fue de 25 a 44 años.

Tabla 19. Casos de hipertensión arterial sistémica en > 20 años por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Grupos de edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
20 a 24	0	0	0
25 a 44	5	0	5
45 a 49	0	0	0
50 a 59	3	2	5
60 a 64	0	0	0
≥ 65	2	1	3
Total	10	3	13

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{prevalencia} = \frac{13}{313} = 0.042$$

• Diabetes mellitus: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

En la Tabla 20 se presenta la prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico de la diabetes mellitus. De los 112 sujetos mayores de 40 años de la muestra, diecinueve fueron referidos como enfermos de diabetes, lo que representa una prevalencia de diecisiete por ciento. De estos casos, el 58 por ciento son mujeres. El período de edad con mayor frecuencia de casos es de 50 a 59 años, seguido de los mayores de 65 años.

Tabla 20. Casos de diabetes mellitus en > 40 años por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Grupos de edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
40 a 44	1	0	1
45 a 49	1	2	3
50 a 59	4	4	8
60 a 64	0	1	1
≥ 65	5	1	6
Total	11	8	19

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{prevalencia} = \frac{19}{112} = 0.17$$

• Alcoholismo: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

En la Tabla 21 se muestra la prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico del alcoholismo. De los 429 sujetos mayores de dieciséis 16 años de la muestra, sólo cuatro fueron referidos como consumidores de alcohol en cantidades mayores a doce copas a la semana, lo que representa una prevalencia de 0.9 por ciento. Esto significa que por cada cien personas de la muestra, menos de uno es alcohólico. Todos los casos fueron hombres.

Tabla 21. Casos de alcoholismo en > 16 años por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Grupos de edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
15 a 19	0	0	0
20 a 24	0	2	2
25 a 59	0	0	0
60 a 64	0	0	0
≥ 65	0	2	2
Total	0	4	4

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{prevalencia} = \frac{4}{429} = 0.009$$

• Tabaquismo: prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico.

En la Tabla 22 se presenta la prevalencia general y por grupos de edad de interés epidemiológico del tabaquismo. De los 429 sujetos mayores de doce años de la muestra, 63 fueron referidos como fumadores, lo que representa una prevalencia de quince por ciento. Esto significa que por cada cien personas de la muestra, quince fuman. Sólo una mujer menor de catorce años fuma.

Tabla 22. Casos de tabaquismo en > 12 años por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Grupos de edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
10 a 14	1	1	2
15 a 19	0	3	3
20 a 24	0	14	14
25 a 44	0	31	31
45 a 49	0	2	2
50 a 59	0	4	4
60 a 64	0	3	3
≥ 65	0	4	4
Total	1	62	63

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

$$\text{prevalencia} = \frac{63}{429} = 0.15$$

7.5.3. Factores de riesgo para los daños

Si bien se tenía previsto realizar el análisis de riesgo de cada una de las causas de morbilidad y mortalidad priorizadas para el estudio, debido al bajo o nulo número de eventos registrados de mortalidad por diabetes, hipertensión arterial, cirrosis o infarto agudo al miocardio, no fue posible realizar un análisis de riesgo. En accidentes por vehículo de motor no se consideró hacer dicho análisis.

A cada patología se le investigaron determinados factores de riesgo referidos por la bibliografía especializada. Para los daños de tipo infeccioso, de los cuales se obtuvo su incidencia, se calculó el riesgo relativo de cada factor, sin embargo cuando no hubo casos o su frecuencia fue muy reducida, no se pudo calcular el riesgo relativo. Para los daños de tipo crónico, de los cuales se obtuvo su prevalencia, se calculó la razón de momios.

Análisis de los factores de riesgo para morbilidad

Como se muestra en la Tabla 23, para la Infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años, se observó que el esquema incompleto de anti-influenza y el nivel económico familiar bajo contra el medio, presentaron un riesgo relativo por arriba de uno, lo que sugiere que las variables se comportan como un factor de riesgo para las infecciones respiratorias agudas, pero dado su intervalo de confianza esta asociación no es estadísticamente significativa, aunque existe plausibilidad biológica, es decir, son datos coherentes con el conocimiento biológico que se posee sobre la enfermedad.

Tabla 23. Infección respiratoria aguda en niños < 5 años

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Sin lactancia materna	0.71	(0.62 - 0.82)
Con exposición a humo de leña	0.00	No se pudo calcular
Con exposición a humo de tabaco	0.00	No se pudo calcular
Esquema incompleto de pentavalente	0.00	No se pudo calcular
Esquema incompleto de anti-influenza	1.18	(0.85 - 1.65)
Responsable del menor es analfabeta	0.99	(0.28 -3.49)
Responsable del menor no esta capacitado en el manejo de la infección respiratoria aguda.	0.35	(0.09 - 1.35)
Nivel económico familiar bajo/alto	0.00	No se pudo calcular
Nivel económico familiar bajo/medio	2.07	(0.84 - 5.10)

Fuente: Tablas tetracóricas generadas a partir de la información tomada del Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo.

Para la Infección respiratoria aguda en el adulto mayor de 60 años de edad, se observó que el padecer diabetes mellitus y poseer un nivel económico familiar bajo contra el medio, presentaron un riesgo relativo por arriba de uno, lo que sugiere que las variables se comportan como un factor de riesgo para las IRAS, pero dado que su intervalo de confianza incluye al uno, esta no es una asociación significativa estadísticamente, aunque hay una plausibilidad biológica (Tabla 24).

Tabla 24. Infección respiratoria aguda en el adulto mayor (≥ 60 años)

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Con exposición a humo de leña	0.00	No se pudo calcular
Con exposición a humo de tabaco	0.36	(0.06 - 2.24)
Esquema incompleto de anti-influenza	0.69	(0.24 - 1.98)
Esquema incompleto de anti-neumocóccica	0.35	(0.13 - 0.89)
Con diabetes	1.30	(0.56 - 3.03)
Con hipertensión	0.64	(0.19 - 2.23)
Con algún tipo de cáncer	0.00	No se pudo calcular
Nivel económico familiar bajo/alto	0.00	No se pudo calcular
Nivel económico familiar bajo/medio	1.85	(0.52 - 6.57)

Fuente: Tablas tetracóricas generadas a partir de la información tomada del Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo.

Respecto a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años de edad, se observó que no consumir agua potable es un factor que presenta un riesgo alto y su intervalo confirma que si existe una fuerte asociación significativa con la enfermedad. Mientras que el nivel económico familiar bajo contra el medio y el no lavarle las manos al menor de cinco años antes de comer, son factores, que presentan un factor de riesgo sin asociación estadísticamente significativa con la enfermedad, aunque si hay una plausibilidad biológica (Tabla 25).

Tabla 25. Enfermedad diarreica aguda en niños < 5 años

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Vivienda sin agua entubada	0.26	(0.13 - 0.53)
Vivienda sin drenaje	0.53	(0.25 - 1.13)
Vivienda con piso de tierra	0.00	No se pudo calcular
Almacenan la basura dentro de la vivienda	0.79	(0.30 - 2.08)
Basura almacenada dentro de la vivienda sin tapar	0.00	No se pudo calcular
Sin lactancia materna	0.00	No se pudo calcular
No consume agua potable	4.64	(2.40 -8.98)
No desinfecta o no lava frutas-verduras	0.00	No se pudo calcular
El responsable del < 5 años no se lava las manos antes de comer ni después de ir al baño	0.50	(0.22 - 1.12)
Al < 5 años no le lavan las manos antes de ir a comer	2.00	(0.74 - 5.39)
Al < 5 años no le lavan las manos después de ir al baño	0.81	(0.16 - 4.22)
Nivel económico familiar bajo/alto	0.00	No se pudo calcular
Nivel económico familiar bajo/medio	1.3	(0.35 - 4.79)

Fuente: Tablas tetracóricas generadas a partir de la información tomada del Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo.

Como se muestra en la Tabla 26, en las infecciones de vías urinarias en mujeres mayores de quince años de edad, se observó que el consumo diario de refresco, es un factor que presenta un riesgo alto y su intervalo de confianza lo confirman como una variable asociada significativamente con la enfermedad. Es importante mencionar que la plausibilidad biológica de este factor de riesgo no se ha justificado ni probado como causante de una infección de vías urinarias. Por otra parte, no utilizar preservativo y el uso de una mala técnica de limpieza genital después de la micción son factores que asociados a la enfermedad, pero debido a su intervalo de confianza no es una asociación significativa estadísticamente, aunque exista una plausibilidad biológica.

Tabla 26. Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años de edad

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Con diabetes	0.89	(0.14 - 5.64)
Con algún tipo de cáncer	0.00	No se pudo calcular
Con infección por VIH	0.00	No se pudo calcular
Con inmunosupresión	0.89	(0.14 - 5.64)
Uso baños públicos	0.82	(0.21 - 3.11)
Ingiere menos de 2 litros de agua al día	0.49	(0.23 - 1.02)
Consumo diario de refresco	2.59	(1.30 - 5.18)
Consumo diario de alimentos chatarra	0.00	No se pudo calcular
No utiliza preservativo	1.85	(0.48 - 7.13)
Sin baño diario	0.00	No se pudo calcular
Con técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción	1.21	(0.42 - 3.48)

Fuente: Tablas tetracóricas generadas a partir de la información tomada del Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo.

Respecto a la enfermedad por diabetes mellitus tipo 2, se observó que tener un familiar diabético y presentar obesidad son factores que representan un riesgo para desarrollar diabetes, pero dado su intervalo de confianza esta asociación no es significativa estadísticamente, aunque si hay una plausibilidad. En cambio la edad igual o mayor de 40 años si representa un factor de riesgo alto para desarrollar diabetes; su intervalo de confianza confirma que si existe una asociación significativa con la enfermedad (Tabla 27).

Tabla 27. Enfermedad por diabetes mellitus tipo 2

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza
Edad ≥ 40 años	35	(9.55 – 151.84)
Masculino	0.89	(0.35 – 2.24)
Tener familiar diabético	1.94	(0.71 – 5.27)
Obeso	2.56	(0.98 – 6.78)
Con alcoholismo	0.00	No se pudo calcular
No realiza ejercicio físico	0.72	(0.22 – 2.62)

Fuente: Tablas tetracóricas generadas a partir de la información tomada del Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo.

Finalmente, respecto a la enfermedad por hipertensión arterial, se observó que el tener un familiar con hipertensión, ser obeso y no hacer ejercicio físico son variables que se comportan como factor de riesgo para la enfermedad, pero debido a su intervalo de confianza, esta asociación no es significativa estadísticamente, aunque exista una plausibilidad biológica (Tabla 28).

Tabla 28. Enfermedad por hipertensión arterial

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza
Edad ≥ 30 años	0.00	No se pudo calcular
Sexo masculino	0.31	(0.07 – 1.25)
Tener familiar con hipertensión	3.04	(0.89 – 10.27)
Obeso	2.18	(0.64 – 7.49)
Con hipercolesterolemia	0.00	No se pudo calcular
Con tabaquismo	0.46	(0.02 – 3.51)
Con alcoholismo	0.00	No se pudo calcular
No realiza ejercicio físico	2.11	(0.28 – 44.21)

Fuente: Tablas tetracóricas generadas a partir de la información tomada del Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo.

7.5.4. Recursos, servicios y programas de salud

Distribución del tipo de derechohabiencia por edad y sexo

En la Tabla 29 se muestra la distribución del tipo de derechohabiencia por edad y sexo entre la muestra estudiada. Como se observa, los tipos de derechohabiencia de mayor frecuencia fueron: Oportunidades, con 29 casos e IMSS, con 8 casos. El 93 por ciento de la muestra no tiene derecho a ningún servicio médico institucional.

Tabla 29. Distribución del tipo de derechohabiencia en la población por grupos de edad y sexo, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Grupos de edad	Sexo						Total por institución			Total de población
	Femenino			Masculino						
	IMSS	O*	N**	IMSS	O*	N**	IMSS	O*	N**	
< 1 año	2	0	7	0	7	0	2	7	7	16
1 a 4	1	1	34	0	0	27	1	1	61	63
5 a 9	0	4	40	0	1	42	0	5	82	87
10 a 14	0	1	48	0	2	31	0	3	79	82
15 a 19	2	2	28	0	0	36	2	2	64	68
20 a 24	1	1	23	2	0	32	3	1	55	59
25 a 44	0	4	86	0	4	74	0	8	160	168

45 a 49	0	0	9	0	1	11	0	1	20	21
50 a 59	0	1	13	0	0	17	0	1	30	31
60 a 64	0	0	5	0	0	6	0	0	11	11
≥ 65	0	0	12	0	0	11	0	0	23	23
Edad no especificada	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Total	6	14	306	2	15	287	8	29	593	630

** Oportunidades. ** Ninguna*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Distribución por servicios de salud utilizados

En la Tabla 30 se presenta la distribución de servicios de salud utilizados. De los 630 sujetos de la muestra, el 86.19 por ciento utiliza preferentemente el servicio del Centro de Salud y más del siete por ciento acude al servicio médico privado.

Tabla 30. Distribución por servicios de salud utilizados, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Institución de salud	No.*	%**
Centro de salud	543	86.19
Privadas	48	7.62
Otras	22	3.49
Ninguna	1	0.16
Se desconoce	16	2.54
Total	630	100.00

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud

De los 120 sujetos que fungieron como informantes en la encuesta, el 65 por ciento calificó como buena la calidad del servicio de salud al que acude; 32.5 por ciento lo calificó como regular y sólo una persona de la muestra señaló que la calidad del servicio era mala (Tabla 31).

Tabla 31. Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Calidad	No.*	%**
Bueno	78	65.00
Regular	39	32.50
Malo	1	0.83
Se desconoce	2	1.67
Total	120	100.00

** Número*
*** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Distribución de < 5 años según esquemas de vacunación de:

Anti-influenza, pentavalente y anti-neumococo
De los 79 niños menores de cinco años de la muestra, sólo 66 niños han recibido algún tipo de vacuna, el 82 por ciento cuenta con la vacuna pentavalente, el 61 por ciento tiene la vacuna anti-neumococo y el 70 por ciento tiene la vacuna contra la influenza (Tabla 32).

Tabla 32. Distribución de niños < 5 años de la muestra según esquema de vacunación, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Esquema completo	Pentavalente	Neumococo	Influenza
Si	65	48	55
No	1	18	11
Total	66	66	66

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Diabetes mellitus

• Porcentaje de pacientes diabéticos que reciben atención médica para su enfermedad

En la Tabla 33 se presenta la porcentaje de diabéticos que reciben atención médica para su enfermedad. De los 22 casos de enfermos diabéticos identificados en la muestra, 21 reciben atención médica para su enfermedad, lo que representa un 95 por ciento del total.

Tabla 33. Porcentaje de pacientes diabéticos que reciben atención médica para su enfermedad, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Recibe tratamiento	No.*	%**
Si	21	95.45
No	1	4.55
Total	22	100.00

** Número de pacientes diabéticos*
*** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

• Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica

De los 21 enfermos de diabetes mellitus de la muestra, de quienes se proporcionó información sobre la institución de salud a la que acuden para recibir atención médica, el 81 por ciento acude al Centro de Salud, mientras que el catorce por ciento acude a la medicina privada (Tabla 34).

Tabla 34. Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Institución de salud	No.*	%**
SSA Centro de Salud	17	80.95
Privada	3	14.29
Otro	1	4.76
Total	21	100.00

** Número. ** Porcentaje. Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo.*

Hipertensión arterial

• Porcentaje de pacientes hipertensos que reciben atención médica para su enfermedad

En la Tabla 35 se muestra el porcentaje de hipertensos que reciben atención médica para su enfermedad. De los trece enfermos hipertensos de la muestra, once de ellos recibe atención médica para su enfermedad (lo que representa el 85 por ciento del total), mientras que sólo dos personas no la reciben.

Tabla 35. Porcentaje de pacientes hipertensos que reciben atención médica para su enfermedad, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Hipertensión arterial	No.*	%**
Si	11	84.62
No	2	15.38
Total	13	100.00

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

• Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos a recibir atención médica

De los trece enfermos de hipertensión identificados en la muestra, de once se obtuvo información obre la institución de salud a la que acuden para recibir atención médica; como se muestra en la Tabla 36, de esos once pacientes, el 69 por ciento acude al Centro de Salud, mientras que sólo una persona acude a la medicina privada y una persona más acude a otro servicio (la Casa de la Universidad).

Tabla 36. Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos a recibir atención médica, El Conejo, Perote, Ver. 2007

Institución de salud	No*	%**
SSA Centro de Salud	9	69.23
Privada	1	7.69
Otro	1	7.69
Total	11	84.62

** Número. ** Porcentaje*
Fuente: Cuestionario para el diagnóstico de salud de El Conejo

Rendimiento de consultas hora-médico

En razón de que el equipo de prestadores del servicio de la Casa de la Universidad de El Conejo no lleva un registro sistemático de las consultas odontológicas que proporciona durante el día, semana y/o mes, se decidió presentar como un referente el rendimiento de consultas hora-médico del Centro de Salud de la localidad, tomando como fuente el *Informe de actividades de la Unidad* proporcionado por la Jurisdicción Sanitaria V. Esto además se justifica en razón que la mayoría de la población acude para atención médica al Centro de Salud. Con base en estos datos, se detecta que el promedio de consultas por día es de doce y el promedio de consulta hora-médico es 1.9.

Tabla 37. Rendimiento de consultas hora-médico, Centro de Salud, El Conejo, Perote, Ver. Primer semestre 2007

Mes	Consultas hora-médico
Enero	237
Febrero	129
Marzo	160
Abril	200
Mayo	222
Junio	126
Total	1084

Fuente: Sistema de Información en Salud (S.I.S.)

7.1. Derivados del análisis cualitativo

7.1.1. Espectro del discurso

Usuarias del Servicio: Valoración del servicio

La valoración que las usuarias hacen del servicio de la Casa de la Universidad es variable y se expresa desde la generalidad de la gratitud hasta considerar que les ayuda a resolver sus problemas de salud, les capacita para la prevención de enfermedades, la atención siempre está disponible, hasta verla como una fuente de ingresos a través de los talleres de costura.

La *Gratitud* apareció como generalidad entre las valoraciones del servicio por parte de las usuarias; se refirió al agradecimiento que externaron por la atención y el aprecio o estimación por el personal de la unidad.

"¿Que sentimientos le genera la casa?: Tranquilidad, osea, mucho osea… la Casa si no estuviera ahí la Casa yo creo que ni estuviera! (risas de ella). Porque gracias a ellos yo me cure, yo ni estuviera aquí para estarlo contando!" (Usuaria A).

El subconcepto *Resolutivo* se presentó de forma dispersa, refiriendo a juicios o expresiones de las usuarias acerca de la capacidad de la unidad para resolverles sus problemas de salud (proporcionándoles medicinas, gestión de consultas con especialistas, cirugías mayores).

"Si, nos ha ayudado, con medecinas... porque yo la he llevado y nos da medicamentos… como antes que el dentista daba medicamentos" (Usuaria A).

La valoración tradicional del servicio apareció de forma variable o dispersa; se refiere a las expresiones de conformidad con la dependencia por las soluciones que les provee a sus necesidades, especialmente en la gestión de apoyos para la atención de enfermedades graves que rebasan las posibilidades de atención del Centro de Salud.

"... don V. me ayudo para una cirugía, una cirugía de mis ojos y a mi no me costó ni un cinco… yo, para mí, que don V. es una persona para nosotros que deveras no nos la merecemos nosotros" (Usuaria del grupo focal).

El subconcepto Capacitación para prevención de enfermedades apareció de forma variable en el discurso; consiste en la valoración del servicio como fuente de orientaciones y capacitaciones para prevenir enfermedades:

"... gracias al Centro de Salud, gracias a las brigadas de la universidad, ha venido gente que ha platicado, que nos ha capacitado en cuestiones sencillas, en cuestiones sencillas... De hecho ahorita la comunidad se mantiene con bandera blanca porque este aquí ya casi no se oye que algún niño se muera de diarrea, ya casi no se oye que algún niño se muera de infecciones respiratorias, de sarampión o que porque no le pongan las vacunas o algún niño este enfermito de polio, o cualquier cosa que antes...antes..." (Usuaria grupo focal).

La valoración de los servicios como siempre *Disponibles para la atención*, apareció de forma variable. Se refiere a que el servicio de salud es considerado accesible en tiempo, costo y/o distancia:

"... la he llevado acá a la universidad a la hora que sea y sí le dan, le dan medecina para que se componga" (Usuaria A).

La Casa de la Universidad es valorada como una *Fuente de ingresos* para la familia, apareció con variabilidad en el discurso. Reflejó las expresiones de las usuarias acerca de los ingresos económicos extras que reciben

por la venta de las costuras y demás manualidades que elaboran dentro de los talleres que la casa organiza.
"... gracias a la universidad (...) con nuestros bordados y pos hay veces que nuestros esposos no trabajan y gracias a dios pues el se da cuenta cuando no tenemos verdá? porque nos llega nuestro dinerito a nosotros y de ahí vamos tomando lo que nos haga falta" (Usuaria del grupo focal).
Usuarias del servicio: Preocupaciones

Las preocupaciones de las usuarias de la Casa de la Universidad se muestran dispersas; varían entre la angustia por la falta del sustento económico, la lejanía de la familia que trabaja fuera de la comunidad, la alimentación, la educación de los hijos; pero la preocupación por la carga económica que representa la atención médica de las enfermedades es compartida por todas.

Las personas escuchadas tienen en común la preocupación por la *Carga económica de la atención médica*, que representa la inquietud del sujeto por el costo imprevisto que implica atender una enfermedad individual o familiar:

"Pues a veces hasta se endroga uno cuando se necesita, ¡queda uno bien endrogado! No hay dinero y si se llega uno a enfermar... y los doctores no cobran barato! (otras mujeres también hablan, dicen: Noo!!!), entonces te sacan 500, te sacan...y la medicina carísima... (Sií, carísima!, dicen las demás)" (Usuaria del grupo focal).

"... a veces si tenemos el recurso para movernos bien ¿y si no? pues a veces se mueren las gentes porque no tenemos con que, con que curarlos, la verdad dejamos morir a la gente por falta de recursos..." (Usuaria del grupo focal).

La preocupación por el *Sustento económico familiar* apareció de forma irregular o variable en el discurso; se refiere a las expresiones de sufrimiento o angustia del sujeto por no tener seguro el sustento económico de la familia.

"... y tengo una hija que tiene 17 años y ella es ahorita la que me va ayudando, me va echando la mano esta trabajando en Tlaxcala y este pues ya no quiso estudiar y yo también pues ya me sentía como muy, muy mal porque pues ya no podía yo con los hijos y pues ella me ayuda…" (Usuaria B).

La preocupación por la *Lejanía de la familia* se identificó con una presencia variable en el discurso; se refiere a expresiones de la angustia del sujeto ante la distancia que le separa de alguno de los miembros de su familia; tomó la forma de preocupación por el bienestar y la seguridad de los hijos, el marido o los padres que se encuentran viviendo y trabajando en otra ciudad o en otro estado:

"... mi hijo esta trabajando en Puebla... y mi muchacha esta casada, osea son de acá pero se fueron a vivir allá, ella esta con su esposo .. y mi señor esta en el Estado de México en un punto que se nombra Guadalupe, allá esta sacando papas con mis yernos...y ese es mi, o sea, mi mal pensar, o sea por una cosa o por otra, o por algún accidente, osea cuando se va o cuando viene..." (Usuaria del grupo focal).
El subconcepto de preocupación por la *Alimentación* se presentó como caso extremo, aludiendo a la angustia del sujeto por no contar con los alimentos diarios para la familia:

"... porque la alimentación como quiera ahí la vamos remediando, a como se pueda se va remediando..." (Usuaria del servicio).

El subconcepto de preocupación por la *Educación* de los hijos o la familia se presentó de forma singular, haciendo referencia a la inquietud del sujeto frente a los problemas para financiar, mantener y acompañar la educación formal (escolar) de los miembros de su familia.
"... por eso pues ya no quieren estudiar, quieren trabajar para ganar dinero… como mis hijos, el de secundaria, el ya se fue a trabajar…" (Usuaria del grupo focal).

La preocupación por la *Enfermedad* se identificó de forma intensa aunque singular en el discurso de las usuarias. Hace alusión a la intranquilidad del sujeto ante la posibilidad de que él o alguno de los miembros de su familia enferme:

"Pero una enfermedad… grande, para resolverla ¡ese es el pesar mas! En verdá? o uno de mis hijos... o yo!" (Usuaria del grupo focal).

La preocupación por la *Falta de empleo* apareció en el discurso como caso extremo, aunque al interior del grupo focal se presentó de forma intensa. Refiere al sufrimiento del individuo por la escasez de fuentes de empleo seguras para él o los miembros de su familia, dentro o cerca de la localidad.

"La preocupación yo pienso que de todas, como decía aquí M., principalmente es el empleo... el empleo pues nuestras familias este… aquí en la comunidad no tienen empleo tienen que salir a buscar a otros lados..." (Usuaria del servicio).

"Ta duro nosotros aquí nuestro... porque no tenemos ayuda... no hay empleo para nosotras" (Usuaria del servicio).

La preocupación por las *Condiciones laborales adversas* se presentó en el discurso de las usuarias como caso extremo. Refiere a la inquietud de los sujetos por las condiciones laborales que enfrentan las personas en la región y que ellos califican como peligrosas, injustas e insalubres.

"Y no sabemos como, osea, como andan ellos ganando en su trabajo allá también verdá?, como andan sufriendo… porque ellos tienen que salir a trabajar y tienen que sufrir para dormir, tienen que sufrir para comer… ¡que si van a comer algo, tienen que pagar!, van a trabajar a tal lado y si llovió donde estaban trabajando, pobrecitos se acuestan bien mojados y toavía con que situación se vienen a encontrar!" (Usuaria del grupo focal).

"... tienen que salir a trabajar en las madrugadas!, por ejemplo ahorita mis hijos que trabajan en la bloquera,… dos tres de la mañana tienen que pararse, ¡con el fríO!, como este, tienen que ir a un peligro!, porque si es mucho peligro en ese trabajo... mucha desvelada, muchos desvelos" (Usuaria del grupo focal).
De forma singular apareció en el discurso la preocupación de las madres por las situaciones socialmente peligrosas a las que están expuestos los hijos jóvenes.

"... Que se cuidara de todo, de todo, pues como le digo es muy… ahora que somos adultos ya todo sale, ya no hay nada oculto y pos yo pienso en la grande, que este bien..." (Usuaria B).

Se presentó como caso extremo la angustia de las mujeres cuando tienen que asumir la *Jefatura del hogar*, ocupándose de la procuración económica y de la vigilancia del crecimiento de los hijos:

"... Uh! pos es, este, es pensar… cómo, este, sobrellevar el hogar de cómo manejarlos en educación y este en, en alimentos, es lo que a veces me preocupa pero, pues, ahorita ahí vamos (…) y pues si ese es el pensamiento de que como iba a sobrellevar el hogar para todo! Pues este, ahí vamos" (Usuaria B).

Se presentó como caso extremo la preocupación de las madres de familia por mantener una *Comunicación* cercana con los hijos:

"... Pos ya comenzaría en también, en platicar con ellos en darles un consejo… eso es lo que yo pienso" (Usuaria B).

Prestadores del servicio: Significado de la práctica
El discurso de los prestadores del servicio sobre el *significado de su práctica* no tuvo generalidad o ideas en común; se presentó de forma inconstante en los subconceptos *Retribución a la sociedad*, *Visión tradicional* y *Satisfacción personal*; llama la atención que no aparecieran ideas asociadas a los subconceptos *Requisito académico* (el servicio social como una obligación y un trámite para la titulación) y *Espacio formativo* (el servicio social como un lugar y tiempo para aprender).

Con relación al subconcepto *Retribución a la sociedad*, apareció de forma dispersa o variable como la idea de que la práctica es una forma de "servir" o retribuir a la sociedad por el beneficio que recibido antes con la formación profesional, tal como se observa en el siguiente segmento:

"El sentido que tiene para mí es que estoy prestando un servicio, brindando una atención que sea de calidad más que cantidad". (Prestador C).

Esta concepción guarda relación con una serie de ideas asociadas a la práctica profesional en comunidades rurales, según las cuales los practicantes poseen el saber y lo depositan en los lugareños a través de sus enseñanzas, con el fin de que mejoren sus formas de vida (*Visión tradicional*):

"…Poder transmitir mis conocimientos a jóvenes de aquí de la misma comunidad, ya que yo soy originario de aquí y darle, transmitirle conocimientos en lo que es el uso y manejo de nuevas tecnologías como son la computadora que principalmente pues es lo básico (…) esa actividad para mí significa que ya que los jóvenes tengan este conocimiento más adelante ellos lo ampliarán, ya por ejemplo, las muchachas no siguen estudiando ya no serían lo que es, amas de... sirvientas como se puede decir, ya adquiriendo este conocimiento ya pueden trabajar en un supermercado como cajeras" (Prestador A).

Finalmente, el subconcepto *Satisfacción personal* se identificó de forma variable con expresiones de que los sujetos se sienten gratificados o satisfechos por la labor que realizan dentro de la unidad:

"…para mí es algo muy satisfactorio y que, bueno, pues me llena mucho de alegría… pues los niños lo toman con mucho interés y entusiasmo porque están alegres en saber utilizar y manejar esto, lo que es la computadora, me siento muy orgulloso más verlos al verlos contentos...

Y se ha visto los cambios y pues la alegría de las personas ¿no? que atienden que se mejoran y este o sea… es una satisfacción muy grande tanto para mí como para todo el equipo que está trabajando" (Prestador A).

Prestadores del servicio: Calidad
Los prestadores no comparten ideas o juicios sobre la calidad de su servicio; lo mismo lo valoran como de calidad porque ofrecen un trato amable y respetuoso a la población, que porque cuesta poco, siempre están disponibles o porque se desempeñan con responsabilidad.

Los sujetos escuchados comparten la idea de un *trato respetuoso, cercano y amable* hacia los usuarios del servicio como signo de calidad en el servicio:
"…*ya ahí pueden ayudar a la persona y les dan un trato digno o sea de muy buena, muy buena calidad sin embargo en otros, en otros lugares u hospitales particulares te hacen esperar y te tratan, pues no te tratan muy bien ¿no? Por eso, entonces yo creo que el servicio que se da en a la comunidad es muy bueno" (Prestador A)*.

La idea de que un *desempeño responsable y apegado a un código de ética* profesional es un signo de la calidad del servicio se presentó de forma variable:

"… *es por la actitud que toma cada quien ¿no? O sea, si tú vas con una actitud de que dices yo tengo que dar el 100% de, de mí, entonces el servicio que tú vas a prestar va a ser de excelente calidad, ¿no? porque vas a tratar a la, a la comunidad como se lo merece, como personas, porque por ejemplo en la facultad tienes un maestro que te está exigiendo que hagas bien las cosas pero allá ya no tienes a nadie que te esté vigilando, ya es cuestión tuya, de tus valores como profesionista, tu ética, el decir voy a prestar un buen servicio a, a la población ¿no? porque no tienes a nadie atrás que te esté vigilando ni que te esté exigiendo nada, pero tú como, como profesionista debes hacer lo mejor que puedas por esa persona, porque esa persona está confiando en ti su salud, por eso pues siento que si es buena la, la el servicio que se presta" (Prestador B)*.

El subconcepto *Suficiencia técnica y material para la resolución de los problemas clínicos* se refiere a que la unidad y los prestadores del servicio cuenten con insumos, materiales y condiciones de infraestructura para atender y resolver los problemas de salud de la población. Este subconcepto se codificó cuando los sujetos señalaron que el servicio sería de mayor calidad si contaran con ello:

"… *no es excelente porque pues debido a la carencia del material o que no contamos aquí en la casa pues no se puede hacer lo que uno quisiera*".
El subconcepto *Bajo costo del servicio* como signo de calidad se presentó de forma variable o dispersa; cabe precisar que los sujetos valoran la dimensión del costo del servicio odontológico con relación a los costos de los servicios privados de Perote o alguna otra ciudad cercana, ya que en la comunidad sólo se cuenta con el servicio del Centro de Salud que no proporciona este servicio:

"*Hasta ahorita creo que la respuesta ha sido buena, la comunidad sí asiste, porque pues es un servicio que, que realmente es económico debería ser gratuito, pero por las circunstancias de que no, no se cuenta con los recursos se tiene que cobrar una pequeña cuota, ¿no? entonces pues sí es un servicio económico y que está al alcance de ellos, y que por ejemplo ahí en la comunidad El Conejo que para ir al médico o al odontólogo tienen que viajar hasta Perote, entonces pues ahí está muchísimo mejor y entonces creo que por eso ellos sí están aceptando muy bien a las brigadas" (Prestador B)*.

De forma singular, la calidad del servicio fue asociada con la *disposición del personal de la unidad* en cualquier momento del día o de la semana, de manera que los usuarios reciban atención con oportunidad cuando lo requieren:

"*Por ejemplo en un dolor de dientes, o en, en que se cortó o se raspó y hay necesidad de hacer sutura pues aquí ya contamos con médicos, dentista, nutriólogo y pues ya ahí pueden ayudar a la persona" (Prestador A)*.

Prestadores del servicio: Motivación
En el tema de la *motivación* que tuvieron los sujetos para prestar sus servicios en la Casa de la Universidad no hubo puntos en común o generales; al momento de decidir participar en las casas, los sujetos recibieron la *Influencia de familiares o del contexto social*, bajo la forma de estímulos, invitaciones o información sugerida por padres, amigos o representantes de la propia Universidad Veracruzana, como se refleja en el siguiente segmento:

"*En cuanto a mi caso, yo comencé desde semestres anteriores en la materia de comunitaria, habían veces que nos daban pláticas sobre las Casas de la Universidad y el trabajo que se llevaba acabo en estas casas" (Prestador C)*.

La motivación *Intrínseca*, esto es el gusto o placer por la propia tarea, la decisión de participar por sentirse capaz de hacer el trabajo, apareció de forma dispersa en el discurso:
"… siento que la, la experiencia es más este... más bonita" (Prestador B).
"… a mí se me hizo interesante" (Prestador C).

La idea de que el servicio en la Casa de la Universidad es una *oportunidad para poner en práctica los conocimientos* de la licenciatura y así incrementar sus competencias, apareció de forma extrema:
"… porque supuse yo poder llevar el servicio por ejemplo de cirugías o "x" cosa de ése tipo que no es posible tenerlas en comunidades rurales, poderlas yo llevar allá, experimentarlas, más que nada fue ése, lo que a mí me motivó" (Prestador C).

La *Interdisciplinariedad*, es decir, la expectativa de que dentro de la unidad podría realizarse un trabajo integral entre disciplinas, favoreciendo con ello el aprendizaje de los participantes fue señalada de forma extrema como motivo para participar en el proyecto:

"Bueno, a mí me motivó porque, bueno nos vinieron hacer unas pláticas antes de tomar los servicios sociales… y nos comentaban de que pues en las brigadas había más interacción entre diferentes este ... académi..., ¿cómo se dice? eh! O sea otras carreras ¿no?, entonces eso es lo que me llamó la atención porque pues, sea como sea o sea tienes que aprender un poco de tus demás compañeros y entonces siento que la, la experiencia es más este... más bonita porque, porque aprendes de todo un poco y no solamente te vas a enfocar a lo que es tu carrera sino que tienes que también apoyar a tus demás compañeros de las diferentes carreras" (Prestador B).

La idea de *transmitir a los individuos de la localidad los conocimientos* adquiridos en la formación académica fue una motivación señalada de forma singular:

"… me motivó a quedarme aquí por este... porque quiero compartir mis experiencias académicas con los jóvenes y tratar de darles un ejemplo ¿no? para seguir adelante, que no trunquen sus estudios, yo sé que es muy difícil ¿no? la situación económica para seguir estudiando, pero, pues yo quisiera que este, o sea, como dar un ejemplo para, para los jóvenes que sigan estudiando, ¿no? que ellos me vean aquí trabajando y pues ya trabajar aquí no es lo mismo que estar en el campo, ¿no? Aquí pues llueve o truene pues, o sea estás trabajando y tienes un sueldo pues seguro y en el campo pues es muy difícil la situación porque cuando el clima está mal, no trabajas a consecuencia de eso, pues sino trabajas una semana, ya no comiste esa semana, entonces los jóvenes pues si se están dando cuenta que pues es mejor estudiar más que nada. Sí es muy importante estudiar y de hecho algunos niños me han dicho no, pues yo quiero estudiar para estar trabajando como tú, nadamás. Y pues o sea se siente bien cuando te lo dicen" (Prestador A).

También apareció como caso extremo la *Movilidad social* como razón para ingresar a la unidad (expectativa de un mejoramiento de las condiciones de vida y de la posición que se ocupa en el estrato social):

"Pues, bueno la idea de trabajar aquí era de, pues de tener un... pues en primera tener un trabajo pues más o menos estable, ¿no? No, no muy seguro pero estable y pues estar con mi familia o sea no, no nunca tuve la idea de... de estudiar una carrera y salirme fuera, ¿no? sino que yo desde antes que, que yo terminara la carrera, mi idea era de terminar y venir a trabajar aquí a la zona ya fuera como encargado de... o sea en esto o en cualquier otra cosa que o sea desde mi carrera como biólogo pero venirme a la comunidad. Sí, si trabajar aquí con la comunidad en cualquier cosa" (Prestador A).

Resalta que no surgieran como motivos para participar en la unidad los subconceptos *Facilidades para el trabajo* (cuando el sujeto decide participar basado en intereses de comodidad individual por la infraestructura de la casa o de facilidades para el transporte por la ubicación de la localidad) y *Prestigio del proyecto* (cuando el sujeto responde a indicios de estatus o reconocimiento del proyecto Casas de la Universidad, lo que le asigna un plus a su servicio social).

Directivos: Retos
El contenido del discurso de los directivos se comportó de forma homogénea con relación a los retos que visualizan el proyecto de las Casas de la Universidad enfrenta; el subconcepto de *Enfoque y metodología de trabajo*, que se refiere a la consolidación de una perspectiva y una metodología específica para el trabajo en comunidad, apareció como una idea común:

"…el otro reto es verdaderamente lograr aplicar lo que decimos en la teoría, es decir que sea un trabajo participativo… Cuando surgieron los proyectos *(…) para poder colaborar con ellos había que hacer un diagnóstico, identificar cuáles eran sus principales problemas y se les pedía que ellos fijaran una fecha para hacer un taller y*

en esa fase utilizamos la metodología de la, de los talleres este, participativos, talleres de evaluación participativa, se hicieron reuniones de tres días en cada comunidad, en el caso de Conejo, El Escobillo, El Llanillo, cada una se hizo el diagnóstico, aparte de que este, nutrición y otras facultades, me parece que estadística hicieron un diagnóstico de toda la zona, comunidad por comunidad, entonces ese procedimiento ya no se ha vuelto a seguir, es decir ya no hacemos asambleas comunitarias, ya la gente no participa en las autoevaluaciones, entonces como que se va haciendo lo que va surgiendo, entonces ahí el reto es recuperar el método de trabajo, es decir, no solamente anunciar que nos interesa la participación sino hacerla efectiva y sobretodo que sea la gente la que dirija el proceso" (Directivo B).

La promoción del *Desarrollo social integral* por parte de la unidad apareció como una idea constante en el discurso de los retos del servicio, aunque distinguiéndose al menos tres matices en ello: para el desarrollo de las comunidades se requiere articular esfuerzos productivos, educativos, de salud y explotación sustentable de los recursos; la universidad no es una institución de desarrollo social; las acciones educativas y de participación social de la universidad son parte del desarrollo de una comunidad.

"… *puede haber desarrollo sin conservación, pero no puede haber conservación sin desarrollo de los recursos naturales. En ese sentido, hay un desarrollo sin salud, pero realmente para promover una salud más fuerte, se requieren elemento humano, ¿no? En los procesos de desarrollo vemos que, que los niveles socioeconómicos de estas comunidades les permiten muy poco tener acceso a los recursos que se sustentan realmente esta medicina moderna. Entonces, ¿qué implica que a la par de ir trabajando cuestiones de salud se tendrá que ir trabajando en sistemas colectivos, éste, la creación de proyectos que permitan preparar el ingreso y el empleo de las comunidades; sabemos que hay un proceso migratorio en ascenso, está además grande este proceso migratorio, donde la mejor digamos, la mejor mano de obra, la mejor fuerza de trabajo es la que se está yendo…" (Directivo A)*.

El subconcepto de *Gestión y vinculación* recupera las ideas de que las Casas de la Universidad enfrentan el reto de vincularse efectivamente con otras instituciones y gestionar apoyos y recursos a través de acuerdos, mecanismos de cooperación y proyectos de trabajo conjuntos. Estas proposiciones se presentaron de forma intensa y común en el discurso:

"… *esta relación con las instituciones no es tan sencilla a veces habemos diez instituciones en esa comunidad y no tenemos relación, no hay relación entre esas instituciones, es más no sólo no hay relación, hay una competencia a veces desleal, a veces, a veces descalifican una institución le dice a la comunidad, no confíes en aquella o aquella no está diseñada para esto o aquella no te va a resolver el problema como se debe, etc, etc. ¿no? Entonces la universidad forzosamente tiene que buscar la alianza con aquellas instituciones que sean gubernamentales o privadas a partir de las cuales pueda obtener, éste digamos el recurso necesario para digamos, operar y esto no es nada sencillo" (Directivo A)*.

La idea del reto *Económico y de financiamiento* es compartida por los sujetos escuchados, presentándose bajo los matices: desfase entre la programación del período de trabajo y la presupuestación, radicación y ejercicio de los recursos; escasez de recursos para operar el proyecto; consecuencias de la falta de recursos para operar el servicio y, finalmente, búsqueda de financiamientos externos. Como ejemplo de algunos de estos matices:

"… *el año pasado tuvimos serios problemas para poder dar la atención, es decir, tuvimos problemas financieros, se aprueba en julio, el recurso para supervisión sale en agosto, la compra de materiales se empieza a planificar en septiembre, entonces tuvimos muchos meses en que el prestador del servicio social no tenía lo básico para hacer su trabajo, por lo tanto eso hizo que se viniera abajo el programa en muchos lugares y que con muchísimos objetos colaterales: la frustración del universitario, una población insatisfecha y sobre todo el estar allí sin tener lo básico para trabajar" (Directivo B)*.

La idea de la *Integración académica* se presentó de forma compartida entre los sujetos escuchados; este subconcepto se refiere al reto de articular el espacio y propósito de las Casas de la Universidad con el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes, bajo los esquemas del Modelo Pedagógico Integral y Flexible (MEIF) de la Universidad.

"…*nuestro propósito es de que estas sean experiencias formativas para los pasantes en el caso de ciencias de la salud o de los estudiantes en los del caso del MEIF. De tal manera que ellos puedan aplicar los conocimientos del salón de clases validando conceptos y metodologías;*

es un reto porque no lo hemos conseguido, no se ha conseguido porque, estamos trabajando sin la vinculación o la coordinación con los maestros" (Directivo B).

De forma homogénea se presentó el subconcepto Equipamiento, que refiere al reto de obtener mayor equipamiento (mobiliario para las unidades, insumos e instrumental odontológico, clínico o de enfermería) para la unidad, a fin de fortalecer el servicio y posicionarla ante la comunidad.

"… de pronto armamos equipos de jóvenes para dar los servicios y están los muchachos ya puestos y nos voltean a ver, y nos dicen pues necesitamos herramientas ¿no?, instrumentos, medios aunque sean los elementales para poder llevar acabo nuestra función y nuestros objetivos, Ah! Jijos!... y volteamos hacia la universidad y la universidad nos dice no tengo recursos para, para esto, volteamos hacia la secretaría y nos dice sí tengo pero son mis recursos y yo los necesito para, para mis médicos y para mis centros ¿no?, al final bueno medio buscamos en los municipios ¿no? a veces conseguimos y pues vamos a terminar buscándolos en la Coca-Cola" (Directivo A).

El subconcepto *Recursos humanos* se presentó con variabilidad en el discurso de los retos del servicio, refiriéndose a la problemática de captar, formar y dar seguimiento y asesoría al personal que participa en las Casas de la Universidad, tanto prestadores del servicio como docentes que les asesoren y coordinen:

"… nosotros reconocemos que (…) nuestro capital más importante es el recurso humano que tenemos, recurso humano calificado que es el universitario, el académico; hay un esfuerzo continuo porque este académico se incorpore…" (Directivo A).

El subconcepto *Cultura de salud* apareció como caso extremo en el discurso del tipo social Directivos (aunque de forma intensiva al interior de la variable discursiva escuchada), refiriéndose a la idea de fortalecer el papel de la unidad a partir de contribuir en la construcción de una cultura de salud integral. Este subconcepto tomó varios matices: la salud no es una necesidad prioritaria para la comunidad; la población asocia la atención de las enfermedades con la medicina tradicional, saber popular que ha sido desaprovechado por las instituciones de salud y de educación; finalmente, la idea de que las instituciones de salud mantienen una visión de la atención curativa y no preventiva.

"… cuando hacíamos un, un ejercicio de priorización de necesidades, salud y educación estaban a la colita, eran lo último; lo primero era ingreso y empleo y alimentación, ellos estaban más bien preocupados de mañana tener lo básico para que su familia no se muriera de hambre… un reto sería, que nos enfrentamos a un, aparte de cultura de salud en esas comunidades, a pesar de instituciones como la Secretaría de Salud y otras… que en el pasado han participado en proyectos, programas o acciones de salud pues nosotros percibimos desde hace algunos años que la cultura de salud es muy baja. Éste, ése sería el reto, es como a partir de la universidad nosotros pudiéramos contribuir a enriquecer, a fortalecer, digamos esa cultura de salud de las comunidades. Esto sin negar que hay una contracultura social que literalmente no es considerada por las instituciones de salud, ni por los propios universitarios y que tiene que ver con la medicina tradicional, o sea uno de los retos a los que nos encontramos es, primero cómo este conocimiento de medicina moderna, este, poderlo promover a través de los consensos educativos y formativos, etc. De tal manera que alguno de estos conocimientos útiles la población las haga suya, así como ha hecho suya el seguir el conocimiento de la medicina tradicional" (Directivo A).

8. DISCUSIÓN

Los datos demográficos de la muestra se presentaron de forma atípica, con relación a parámetros estatales y nacionales. Por ejemplo, dentro del grupo estudiado, los menores de cinco años representaron el doce por ciento del total, mientras que la población entre los 25 y los 45 años representa el 25 por ciento. En cuando a su distribución por grupo de edad, esta no corresponde a una pirámide poblacional típica del estado de Veracruz donde los menores de cinco años ocupan 1.7 por ciento de la población total y 53 por ciento lo abarcan adultos jóvenes de 15 a 49 años, según se observa en el Plan Sectorial de Salud 2005-20012 de Veracruz. La proporción hombre/mujer de 0.93 es decir por cada 49 hombres hay 51 mujeres, razón ligeramente mas baja que la nacional de 0.96.

En cuanto a los nacimientos, la TBN de la muestra fue de 3.1 por cada cien habitantes, muy por abajo de la de Veracruz que para el mismo año según datos del INEGI fue de 18.52 y para el país fue de 17.7 por cada cien habitantes. De forma similar, la mortalidad en la muestra también se comportó de forma atípica: la TBM estimada en 4 por cada mil habitantes es menor a la estimada para Veracruz en el mismo año, de 5.07 o la nacional de 4.45

por cada mil habitantes, según datos del INEGI.

Estas características sociodemográficas repercuten en los indicadores económicos que reflejan a una población rural con un nivel de analfabetismo alto del 15. 4 por ciento, semejante al nacional y un grado de escolaridad bajo, ya que el 39 por ciento de la población no ha cursado ningún estudio, un 41 por ciento sólo ha cursado la primaria y sólo el 16 por ciento indicaron haber cursado la secundaria. Además, esto se relaciona con el nivel económico familiar ya que si se considera que más del 70 por ciento de la población corresponde al grupo de edad mayor de doce años y de ésta sólo el 42 por ciento es económicamente activa (y de ellos, sólo el 30.77 por ciento trabajo en la semana anterior a la encuesta), todo indica que difícilmente las familias podrán romper esa condición económica baja que se vuelve más alarmante si se asocia con la capacidad de sus ingresos para adquirir bienes y servicios, como los de salud.

Otros elementos de carácter socioeconómico que se asocian a la salud son aquellas condiciones de la vivienda que representan riesgos para enfermedades de tipo infecciosas; por ejemplo, dentro de la muestra se detectó que el 92.2 por ciento de las viviendas presentan condiciones desfavorables como piso de tierra, techo de lámina, falta de drenaje y de agua potable, lo que representa riesgo para enfermedades diarreicas agudas, mientras que el 96.6 por ciento de las viviendas presentan condiciones desfavorables como el uso de leña para cocinar, techo de lámina, paredes de madera o cartón, el uso de la cocina para dormir y el hacinamiento, lo que representa un riesgo para adquirir o desarrollar enfermedades respiratorias agudas. Todo este panorama favorece la incidencia de enfermedades trasmisibles o infecciosas, las que se confirman como de mayor incidencia en la muestra estudiada en el 2007 (y que, además, resultaron como las de más alta priorización según los datos del 2006 de la Jurisdicción Sanitaria V): IRAS, EDAS e IVUS.

Igualmente la situación económica que se manifestó en el estudio cuantitativo queda presente en el abordaje cualitativo, donde se manifiesta la necesidad de que los jóvenes dejen la escuela para empezar a trabajar y apoyar a la familia, lo mismo que la preocupación de los padres de que los hijos abandonen la comunidad para ir a otro lugar a trabajar; además de las condiciones de trabajo que ponen en peligro la salud (como los horarios de trabajo de los hombres, en las bloqueras o los riesgos de sufrir accidentes). Sobresale la solicitud insistente de contar con empleos que les permitan responder a las necesidades alimentarias, educativas y de atención a la salud.

Con respecto a las enfermedades respiratorias agudas en la muestra encuestada, se encontró en los niños menores de cinco años una incidencia acumulada de 0.71, mientras que en los adultos mayores fue de 0.41 lo que nos indica que la IRAS en El Conejo, al igual que en el resto del país, son una de las principales causas de consulta en las unidades de salud, corroborando además que los niños menores de cinco años y los adultos mayores de 64 años son las grupos etáreos más susceptibles; cabe mencionar que la incidencia que se manifestó menor en los adultos se podría deber a que este grupo de edad corresponde alrededor del cinco por ciento de la población estudiada mientras que los niños menores de cinco años representan casi el 13 por ciento de la muestra.

Con respecto a la incidencia de enfermedades de vías urinarias en mujeres mayores de 15 años se encontró una incidencia de 0.15; el grupo de edad que presentó el mayor número de casos fue el de 25 a 44 años de edad y si sólo se considera este grupo, la incidencia se incrementa al 0.33.

Con respecto a los accidentes de tránsito por vehículo de motor, a pesar de que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país, para esta población en estudio la incidencia fue baja, de 0.01; sin embargo, el dato resulta significativo que por los bajos ingresos económicos de la mayoría de la población, no poseen automóvil.

Con respecto a las enfermedades crónico degenerativas, el comportamiento de la muestra fue semejante a lo que se viene observando en las poblaciones de tipo rural, donde convergen daños asociados a la pobreza (como los infecciosos) con daños asociados a estilos de vida no saludables (como la diabetes, la hipertensión, el tabaquismo o el alcoholismo); en este sentido, la prevalencia de hipertensión arterial en mayores de veinte años fue alta (0.042, o de un 4.2 por ciento); en el grupo de 25 a 44 años se presentaron cinco casos de HTA, únicamente en mujeres, mientras que en el grupo de 55 a 65 años se dieron tres casos de mujeres y dos casos de hombres; cabe señalar que estos datos están por abajo del 30.8 por ciento de prevalencia de hipertensión en la población mayor de veinte años, reportado por el Programa Nacional de Salud 2007 -2012, del gobierno federal.

En el caso de la diabetes mellitus, para la población

mayor de veinte años se encontró una prevalencia del dieciséis por ciento, semejante a la prevalencia estimada para el estado de Veracruz (de 16.1 por ciento) y por arriba de la prevalencia de 10.7 estimada para el país, según la Encuesta Nacional de Salud 2000.
Los daños a la salud por tabaquismo y alcoholismo dentro de la muestra estudiada resultaron con una frecuencia muy baja, siendo principalmente hombres quienes consumen bebidas alcohólicas o fuman; sólo una mujer menor de catorce años fue reportada como fumadora.

Dentro del análisis de los factores de riesgo para IRAS en menores de cinco años, nuevamente se demostró que el nivel económico bajo representa dos veces más riesgo de contraer la enfermedad, con un intervalo de confianza de (0.84 - 5.10), seguido de un esquema incompleto de vacunación anti-influenza con un riesgo bajo de 1.18 (0.85 - 1.65), a pesar de no ser significativamente el intervalo de confianza porque el límite inferior es menor a uno, esto es significativo debido a la plausibilidad biológica. Igualmente en el adulto mayor el nivel socio económico bajo aparece como factor de riesgo de 1.85, con un intervalo de confianza de (0.52 - 6.57), seguido de padecer diabetes con un riesgo relativo de 1.3 (0.56 - 3.03). Estos datos igualmente pueden obedecer a la plausibilidad biológica de estos factores o al tamaño de muestra.

Para el caso de EDAS en niños menores de cinco años, el factor de riesgo de mayor peso fue la falta de consumo de agua potable, con un riesgo relativo de 4.64 y un intervalo de confianza de (2.40 -8.98), seguido del indicador de que no le lavan las manos al niño antes de comer, con un riesgo relativo de 2 y un intervalo de confianza de (0.74 - 5.39); por último, apareció el nivel económico bajo con un riesgo de 1.3 y un intervalo de (0.35 - 4.79). La falta de agua potable aparece como un factor de riesgo con mayor peso que el no lavarse las manos antes de comer, de aquí que surja la pregunta si la fuente de agua es distinta en ambos casos o es la misma; Este dato es extremadamente importante pues el agua que utilizan como potable lo mas probable es que no lo sea, situación que se confirma con los resultados de un trabajo anterior (Castro y Ordaz, 2005) que demostró que existía un alto grado de turbidez y coliformes fecales en diez muestras de aguas analizadas de las región.

En el caso de las enfermedades infecciosas urinarias el factor de riesgo con mayor peso fue el consumo diario de refrescos, con un riesgo relativo de 2.59 y un intervalo de confianza de (1.30 - 5.18), seguido del no uso de preservativo, con un riesgo de 1.85 (0.48 - 7.13) y, finalmente, la técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción, con un riesgo de 1.21 (0.42 - 3.48); cabe señalar que el consumo diario de refresco no esta asociado como un factor de riesgo para IVUS, sin embargo nosotros consideramos que el refresco actúa de forma similar a la comida chatarra, alterando los niveles de acidez en la orina, de manera que el consumo alto de azucares y harinas podría ser la causa de que algunos microorganismos proliferen y generan infecciones urinarias.

Para el caso de la hipertensión arterial el factor de riesgo de mayor peso fue de tipo heredo-familiar, con un riesgo relativo de 3.04 y un intervalo de confianza de (0.89 - 10.27), seguido de la obesidad, con un riesgo de 2.18 (0.64 - 7.49) y no realizar ejercicio físico, con un riesgo de 2.11 (0.28 - 44.21). Con relación a los factores de riesgo conocidos para la HTA, en la muestra estudiada se manifestó más en el grupo de mujeres que en el de hombres; además, generalmente asociada al consumo de cigarro, en la muestra se encontró una prevalencia de 0.15 por ciento de tabaquismo para hombres y mujeres, pero como únicamente se dio en hombres con base a la proporción de sexos esta prevalencia se duplicaría. En consecuencia, podría suponerse que la hipertensión en mujeres esta determinada más genéticamente mientras que en los hombres por hábitos y estilos de vida, como el tabaquismo; se sugiere realizar más estudios al respecto.
Para el caso de la diabetes mellitus, ser mayor de 40 años representa 35 más veces de riesgo de padecer la enfermedad (9.55 - 151.84), seguido de ser obeso, con un riesgo de 2.56 (0.98 - 6.78) y tener un familiar diabético, con un riesgo de 1.94 (0.71 - 5.27); esto es interesante ya que en esta población estudiada la diabetes esta más asociada a la edad, como es de esperarse en las enfermedades crónico degenerativas, y a la obesidad; sin embargo, el componente genético tiene poco peso, lo que posiblemente nos indique que en estos casos la enfermedad está más asociada a hábitos alimenticios asociados a la obesidad, como podría ser el consumo diario de refrescos.

Si bien en cada una de estas enfermedades se buscaron aquellos factores de riesgo que la literatura refiere están asociados con dicha enfermedad, muy pocos fueron los casos donde la asociación fue estadísticamente significativa como por ejemplo; la no significancia de muchos de los factores estudiados podría explicarse por el tamaño de la muestra, que si bien fue estimada con un nivel de confianza del 95 por ciento, resultó menor para la magnitud de algunos de los daños estudiados.

Los resultados obtenidos indican que los padecimientos más relevantes en la población estudiada fueron las infecciones respiratorias agudas en los menores de cinco años y en los mayores de 60, la diabetes mellitus en los adultos mayores de 40 años y las infecciones en vías urinarias en las mujeres mayores de quince años; esto resulta congruente con las cifras nacionales y estatales estimadas oficialmente, mismas que colocan a estas causas de enfermedad entre las principales que aquejan a la población. Pero más aún, reflejan que El Conejo, como muchas otras comunidades rurales, presenta un panorama epidemiológico en transición, según el cual las condiciones de rezago social y los estilos de vida inadecuados están favoreciendo el desarrollo de enfermedades crónicas a la par de las infecciosas que típicamente aquejan a este tipo de población. Para el caso de las enfermedades crónico degenerativas, un factor principal seria los hábitos alimenticios, principalmente el consumo diario de refresco que podría favorecer la obesidad, misma que por su parte actúa como factor de riesgo en la hipertensión y en la diabetes; el factor heredo familiar también esta jugando un papel muy importante principalmente en la HTA, más que en la diabetes.

Finalmente, respecto a las instituciones donde se recibe atención médica, al no contar con derechohabiencia, la población en general se atiende en el Centro de Salud de SSA; más del 90 por ciento de los enfermos de HTA y el 80 por ciento de los diabéticos son atendidos en dicho centro; de estos, más del 80 por ciento en ambos casos están bajo control, aunque valdría la pena revisar el tipo de control que reciben pues en el caso de que fueran hipercolesterolémicos, no supieron responder.

Llama la atención que la población participante en las técnicas cualitativas refiere que sus principales preocupaciones son la falta de empleo y la demanda económica que representa una enfermedad emergente o de carácter severo; por supuesto, esto tiene relación con un nivel de rezago social característico de las poblaciones rurales que viven de la agricultura de autoconsumo y que tienen que migrar para conseguir empleo. Pero resulta aún más importante la situación en tanto que las personas parecen haberse acostumbrado a vivir con un cierto nivel de enfermedad y malestar físico, en tanto no rebase las facultades para trabajar. Esto guarda relación con lo señalado por Bronfman y cols.[19] en su estudio, cuando señalan que las personas acuden en busca de la atención médica solo para evitar "caer enfermos", es decir, sólo cuando suponen o sienten que el padecimiento les resulta limitante y representa una mayor carga económica.

Es en este marco que tanto usuarias como prestadores del servicio construyen su concepción y aprecio sobre la Casa de la Universidad como un espacio donde se obtiene respeto, ayuda, donde se resuelven problemas, donde se aprende y se enseña. En este sentido, los usuarios del servicio de la Casa de la Universidad expresan una valoración relativamente estable con relación a la calidad de su servicio; presentándose desde un reconocimiento a su capacidad resolutiva hasta la expresión del agradecimiento por el apoyo que les presta para la solución de los más graves problemas de salud que les aquejan. Al respecto, una madre de familia responde de la siguiente forma cuando se le pregunta qué sentimientos le genera la casa:

"Tranquilidad, osea, mucho osea… la Casa si no estuviera ahí la Casa yo creo que ni estuviera! (risas de ella). Porque gracias a ellos yo me cure, yo ni estuviera aquí para estarlo contando!".

La percepción de que el servicio es resolutivo, al punto de que gracias al apoyo recibido ya no se mueren niños por diarreas como en la década pasada, se constata con una tasa de mortalidad de 4.16, por abajo de la nacional de 4.46.

Tanto directivos como prestadores comparten con las usuarias una valoración positiva de la calidad del servicio prestado en la Casa y sustentan este juicio en argumentos de buen trato, bajo costo, oportunidad en el servicio, calidez en la relación y, sobre todo, la procuración de medicamentos, consultas, gestiones y toda clase de apoyos que se requieran cuando de enfermedades graves se trata. Esto contrasta con el hecho de que la mayoría de los encuestados manifestaron ser atendidos en el Centro de Salud, especialmente para recibir tratamiento por hipertensión o diabetes. Sin embargo quedó de manifiesto en todo el discurso que la Casa de la Universidad brinda a la población la oportunidad para conocer mejor como conservar su salud, además de permitirles aprender ciertas manualidades para aumentar sus ingresos.

Pese a que la literatura especializada en calidad señala que una de las dimensiones de la misma es la eficiencia en el manejo de los recursos, ninguno de los prestadores refirió información al respecto, lo que sugiere la necesidad de profundizar más adelante en el análisis de la productividad de los recursos humanos como una de las posibles dimensiones de la calidad del servicio.

Respecto a los retos que enfrenta el servicio de la Casa de la Universidad para posicionarse en la comunidad, los directivos centran sus perspectivas más en el financiamiento de las acciones, en la vinculación interinstitucional y en la consolidación de las casas como espacios de formación académica y de investigación, que logren articularse clara y oportunamente con los programas académicos de las licenciaturas. En este sentido, afirman que los prestadores de servicio social no están allí preferentemente para la atención de la población en los temas de salud (aunque la brigada esté conformada por disciplinas de las ciencias de la salud), sino para participar de un espacio de formación universitaria a través del cual se promueve el desarrollo sustentable de la comunidad. Pareciera haber una inconsistencia entre las potencialidades reales de la Casa y de sus recursos humanos y los intereses o ideales del proyecto o de quienes lo dirigen.

Cabe analizar con mayor profundidad en estudios posteriores la congruencia entre la visión que los prestadores y directivos del servicio tienen del proyecto, los significados que han construido alrededor de la práctica del servicio social y los propósitos que institucionalmente se han delineado para las Casas de la Universidad Veracruzana, ya que en la realidad pareciera responderse más a construcciones personales sobre el objetivo de la Casa y no tanto a planes y estrategias basadas en la detección de las necesidades reales de la población y en la valoración de las capacidades resolutivas y técnicas del equipo de trabajo.

Merece particular mención los subconceptos que pese a preverse como formas a partir de las cuales podrían presentarse ciertos temas en el discurso de los actores sociales, no aparecieron; por ejemplo, en la valoración de la práctica por parte de los prestadores resulta significativo que no hayan aparecido los subconceptos de "Requisito académico" y "Espacio formativo"; particularmente en el segundo caso, resulta relevante que pese a que en la normatividad del servicio social y de las Casas de la Universidad se considera esta práctica social como una continuación de la formación académica y social del estudiante, los sujetos no lo visualizan como tal. Esto, aún cuando los propios directivos manifiestan enfáticamente que el proyecto de las Casas es más un espacio para la formación integral y humanista, que un servicio social comunitario y en salud.

Un aspecto interesante en el análisis y contrastación de los datos es el papel que juega en el funcionamiento de los servicios de salud de la localidad (Centro de Salud y Casa de la Universidad) el concepto implícito o explícito que sobre la salud tienen sus prestadores; mientras que el Centro de Salud actúa desde una concepción de atención médica de los daños, prevención de factores de riesgo y promoción de la salud, la Casa de la Universidad trabaja principalmente en la atención odontológica, sin relación con la promoción y educación de la salud. Pese a ello, los directivos refieren un concepto integral de salud, asociado al bienestar, al desarrollo socioeconómico, a la procuración de las necesidades básicas y al empoderamiento de las personas. Pero, nuevamente, esto se queda en un ideal que no se escucha en los prestadores ni se observa en sus acciones.

Con relación a los alcances de este estudio, una de sus principales limitaciones fue el tamaño de la muestra, que si bien se calculó para asegurar el 95 por ciento de confianza en sus resultados, no se consideró que en el estudio de la incidencia de ciertas enfermedades y padecimientos, como los accidentes o el infarto al miocardio, se requiere de una muestra mayor. En razón de esto, muchos de los factores de riesgo de las enfermedades de interés no se pudieron calcular debido a que no se observaron casos asociados y, con relación a otros factores de riesgo, sus resultados no fueron significativos debido a la baja frecuencia registrada.

Cabe precisar que si bien muchos de los factores de riesgo encontrados no fueron significativos estadísticamente, la plausibilidad biológica de muchos de ellos sugiere que sí son importantes para la presencia de la enfermedad, tal es el caso de la técnica de higiene como factor de riesgo para adquirir infección de vías urinarias, el sedentarismo como factor de riesgo para hipertensión y diabetes, o la ausencia del lavado de manos después de ir al baño como factor de riesgo para adquirir enfermedades diarreicas.
Además, debemos reconocer que en el levantamiento de la información se pudieron presentar sesgos relacionados con la capacidad recordatoria del sujeto, ya que aún cuando los informantes cubrían los criterios de selección, en algunos casos desconocían la información solicitada por el encuestador, especialmente de sus familiares.

El objetivo del trabajo fue determinar los daños a la salud de la población que habita en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz, además de algunos de sus factores condicionantes y los recursos con que se cuenta para su atención; así como la valoración que hacen los actores sociales sobre la salud y los servicios de salud que presta la Casa de la Universidad; dados los resultados antes analizados se afirma que este objetivo se pudo lograr, aunque se requiere analizar en la

población objetivo los factores de riesgo de los principales padecimientos identificados.

9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

De forma general, se puede concluir que el diagnóstico de salud que se realizó en la comunidad de El Conejo fue un ejercicio novedoso y necesario, que permitió un acercamiento epidemiológico e interpretativo a las condiciones de salud y enfermedad de la población, así como a la posible relación de esto con el servicio que la Casa de la Universidad Veracruzana proporciona a través de un equipo de prestadores del servicio social, de carreras relacionadas con la salud.

Este diagnóstico con perspectiva complementaria o diseño bimétodo representó un avance en el necesario encuentro que entre las búsquedas epidemiológicas y las interpretaciones sociales del fenómeno de la salud pública. Por supuesto, aún se requieren más estudios de este tipo para perfeccionar el abordaje, los propósitos y las posibilidades de sus resultados.

Con relación al análisis de los resultados obtenidos en este estudio, se presentan las propuestas o recomendaciones para contribuir al cuidado y conservación de la salud de la población de El Conejo, así como para la mejora del servicio de la Casa de la Universidad:

•Fortalecer la participación que el equipo de la Casa de la Universidad tiene en la promoción de una cultura de la salud integral, el autocuidado y la prevención de enfermedades que más se presentan en la población, a través de diseñar y/o ejecutar estrategias de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo asociados a enfermedades infecciosas (como IRAS, EDAS e IVUS) y crónico degenerativas (especialmente, diabetes, hipertensión arterial y obesidad).

• Participar en el desarrollo de diagnósticos de salud participativos sistemáticos, que permitan tanto a la población como a las diferentes instituciones que ofrecen servicios de salud en la localidad, identificar el perfil epidemiológico de sus habitantes así como recuperar y aprovechar los recursos preventivos, las prácticas y las creencias que la comunidad tiene a su alcance para el cuidado de su salud.

• Actualizar el diagnóstico de salud cada año, para evaluar el estado de salud de manera continúa y dar seguimiento a las propuestas de mejora, ya que con ello se contribuirá a la salud de la comunidad.

• Recuperar los elementos que el diagnóstico permanente les provea para la planeación de sus acciones en comunidad, asegurando con ello que se mantenga una vinculación con las necesidades reales y sentidas por la población, así como con las condiciones de riesgo que enfrentan.

• Fortalecer la formación, asesoría permanente y seguimiento en campo de los prestadores del servicio, en temas como el propósito y filosofía del proyecto de las Casas, la planeación, registro y evaluación de sus actividades, el trabajo en equipo y la promoción de la salud.

• Establecer coordinación entre la Casa de la Universidad y el Centro de Salud de la comunidad, para articular y fortalecer las acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

• Participar de cualquier programa o estrategia de desarrollo social que proporcione ayuda a las familias de la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de la vivienda, esto con el fin de que la población reconozca el atributo de protección de la salud que tienen ciertos servicios o condiciones de la vivienda (como el tipo de estufa, el piso firme, la potabilización del agua o un sistema seguro de desecho de los residuos fecales).

• Sistematizar las experiencias, iniciativas, métodos de trabajo y resultados que el equipo de la Casa de la Universidad impulsa en la localidad, a fin de retroalimentar con ello sus procesos de ejecución y tener elementos para su evaluación permanente.

• Revisar en equipo la lógica y propósito de sus acciones de atención y apoyo a la localidad, a fin de distinguir y resolver entre una tendencia hacia la asistencia social o una intención de promover y mediar el desarrollo sustentable de la comunidad.

10. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

10.1. De los alumnos

En la actualidad son pocos las disciplinas que han considerado como viable y necesaria la perspectiva del desarrollo de competencias profesionales dentro de la formación de sus recursos humanos; menos aún, son los programas de posgrados diseñados a partir de un

enfoque por competencias. La Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública es innovador en ese sentido.

Dentro de esta planeación de la enseñanza a partir de un enfoque que busca generar aprendizajes significativos de forma práctica y reflexiva, el desarrollo de un diagnóstico de salud de una población en un tiempo limitado fue no sólo un gran reto, sino una situación de aprendizaje constante.

Reconocemos que existieron limitaciones para realizar esta práctica en comunidad: la ubicación de la sede dificultó asistir a ella de forma regular; el desfase entre el abordaje en aula de los contenidos necesarios para el diagnóstico y los tiempos reales de su realización, orillaron a imprecisiones en el proceso; la escasa interacción con el personal y directivos del proyecto Casas de la Universidad Veracruzana limitó las posibilidades de retroalimentación, por parte del asesor externo. Sin embargo, muchos más fueron los aprendizajes que obtuvimos al poder llevar permanentemente a la práctica en situaciones reales los contenidos teóricos.

Creemos que no puede haber mejor forma que la realización de un diagnóstico de salud en la realidad para comprender la naturaleza de la salud pública y el papel de la demografía en el estudio de las poblaciones, manejar los procesos y los criterios para el análisis epidemiológico y vislumbrar el efecto que sobre la salud de las poblaciones tienen los factores socioeconómicos. Pero, por sobre esto, el mayor aprendizaje fue la identificación de todos aquellos conocimientos, capacidades y actitudes que un sanitarista requiere plasmar en su desempeño profesional.

En este sentido, entendemos que el ejercicio de la salud pública requiere que su fuerza de trabajo desarrolle competencias transversales para la resolución de problemas, para la comunicación y la interacción social, para el trabajo colaborativo y para el propio crecimiento personal; no nos queda duda que la práctica del primer semestre de la maestría nos permitió en lo individual y en lo colectivo avanzar, no sin dificultades, en este camino.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud, 2007.
2. Programa Sectorial de Salud, 2005-2010. Veracruz: Servicios de Salud del Estado, 2005.
3. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J. Editores. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría d Salud, 2006.
4. Cordera A. Administración de sistemas de salud. Tomo I. México: Manuel Bobenrieth; 1983.
5. San Martín H. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Tomo 1. México: La Prensa Médica Mexicana, 1992.
6. Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1989.
7. Ulin PR, Robinso ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica no. 614. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006.
8. Mercado FJ, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Revista Universidad de Guadalajara invierno 1999-2000; 17 Dossier. (Consultado en 2007 Dic 6) : (14 páginas en pantalla). Disponible en: URL: http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html
9. Conde F, Pérez C. La investigación cualitativa en salud pública. Revista Española de Salud Pública 1995 marzo-abril; 69 (2): 145-9.
10. Vasilachis I. Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos. Buenos Aires: Centro editor de América Latina.
11. Mercado MF, Torres LT. Compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdés Editores, 2000.
12. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 4 ed. México: McGraw-Hill, 2006.
13. Lobato GB, Rodríguez MP. Prevalencia de hipercolesterolemia e hiperglicemia en la población que asiste a la casa de la UV El Conejo. Tesis. Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana, 2007.
14. Castro ML, Ordaz GG. Análisis microbiológico del agua en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote y El Chico, municipio de Emiliano Zapata, Veracruz. Tesis. Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana, 2007.
15. Lara LL. Evaluación de la calidad microbiológica de los quesos producidos en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote. Tesis. Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana, 2007.
16. Conde F, Gabriel C. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000. Rev Esp Salud Pública 2002 Septiembre-Octubre ; 76 (5) : 493-507 (15 páginas en pantalla). Disponible en : URL : http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17076511.pdf
17. Ludueña AC, Olson JK, Pasco AC. Promoción de la salud y calidad de vida entre madres de preadolescentes.

Una etnografía enfocada. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(número especial):1127-34. (8 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a05.pdf
18. Pérez GS, Vega GL, Romero JG. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? Salud Pública de México 2007 enero-febrero; 49 (2) : 52-62.
19. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, MirandaC, Oviedo J. Del "cuánto"al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud pública de México septiembre-octubre 1997; 39 (5) : 442-50.
20. Bender DE. Integración de métodos cualitativos y cuantitativos para la solución de problemas en la investigación. En: Ulin PR, Robinso ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica no. 614. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006., pp 64-65
21. Castañeda X, Brindis C, Castañeda I. Renombrando la adolescencia: percepciones sobre el cuerpo y la sexualidad en comunidades rurales de México. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Compiladores. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2002. 527-49.
22. Vega FL. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Pública de México 2002 mayo-junio; 44 (3): 258-65.
23. Centro de Vinculación Social y Desarrollo Comunitario Sustentable (Informe técnico en CD-ROM). Dirección de Vinculación. Universidad Veracruzana: Xalapa.
24. Villalba R, Hoyos R, Lagunes M. Centro de desarrollo comunitario Casa de la UV en El Conejo, municipio de Perote. Tesis. Xalapa: Facultad de Arquitectura. Universidad Veracruzana; 2003.
25. Mendoza CA, compilador. El servicio social universitario en México. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara. 1992. Pp. 125-130; 267-272.
26. ANUIES (2006). Consolidación y avance de la educación superior en México. Elementos de diagnóstico y propuestas. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior: México. Pp. 71-79; 143-152.
27. Hernández AM, Garrido LF, López MS. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México 2000 marzo-abril; 42 (2): 144-54.
28. Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velázquez O, Tapia R, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud Pública 2000. Tomo 1. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
29. Hernández GE, Saldaña ISA. Guía básica para desarrollo de investigaciones: guía practica para su realización desde una perspectiva cualitativa. En prensa. 2007.
30. Sánchez SR. La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En Tarrés ML. Coordinadora. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Colegio de México, Porrúa 2001., pp97-131.
31. Taylor SJ y Bogan R. El trabajo con los datos: Análisis de los datos en la investigación cualitativa. En: Taylor SJ y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1987.
32. Debus M, Novelli P. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington: AED; 1994.
33. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociológica, 1997. Pp.177-86.
34. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexión en voz alta. Revista Española de Salud Pública 2002 septiembre-octubre; 76 (5): 423-36.

AGRADECIMIENTOS

Lic. Francisco José Fernández Rodríguez
Director de Vinculación General

Mtro. Alejandro Moreno Hernández
Jefe del Departamento de Vinculación Social

Mtro. Víctor Celis Arellano
Coordinador de la Casa de la Universidad de El Conejo

A nuestros maestros
por la asesoría y revisión del documento
Dr. Gabriel Riande Juárez
Dra. Elda María del Rocío Coutiño Rodríguez
Mtra. Sandra Arely Saldaña Ibarra

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA CASA UNIVERSIDAD "MOLINO DE SAN ROQUE"

Nelsy Marien Cortés Jiménez
Alicia Martínez Flores
María de Lourdes Rodal Morales
Claudia Suárez Tepetla

Asesor interno: Mtra. Edit Rodríguez Romero
Miguel Figueroa-Saavedra Ruíz
Asesor externo: Lic. Héctor Cruz González

1. RESUMEN

El Diagnóstico de Salud es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de intervenciones o programas apropiados y la evaluación de su impacto. Representa el primer paso en la planeación de las acciones de los Servicios de Salud.

El objetivo de este trabajo es evaluar los daños a la salud y sus factores de riesgo, que presenta la población de responsabilidad de La Casa Universidad Molino de San Roque, así como conocer las condiciones desde el punto de vista de los actores (prestadores de servicio y población), entendiendo sus percepciones, la valoración y los retos que plantean.

Esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de Xalapa, Ver. con la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" en el periodo septiembre 2007 – enero 2008. Se trata de una investigación con un abordaje bi-método en la que se utilizaron estrategias metodológicas cuantitativa en la que el tipo de estudio es descriptivo, único, transversal y observacional,y cualitativa donde el tipo de estudio es descriptivo/comprensivo, para lo que se calculó una muestra representativa de 251 viviendas.

En esta población los daños que tienen una menor presencia comparados con los datos nacional y estatal son: la diabetes mellitus (menos de la mitad del porcentaje nacional), la hipertensión arterial (menos de un tercio), los accidentes de tránsito por motor (1/20 del porcentaje nacional). Sin embargo las enfermedades diarreicas manifiestan un porcentaje similar (±10 por ciento) al igual que las infecciones respiratorias agudas.

En lo cualitativo se observó que las preguntas que previamente se formularon permitieron conocer e identificar los objetivos que se plantearon en la investigación, pues las variables discursivas fueron abordadas en reiteradas ocasiones por los actores sociales.

2. INTRODUCCIÓN

La Universidad Veracruzana por medio del Instituto de Salud Pública se ha preocupado por conocer las características de salud y enfermedad de la población de la entidad, es por ello que como estrategia didáctica correspondiente al primer semestre, los alumnos de la Maestría elaboran un Diagnóstico de Salud en diferentes sedes.

Teniendo en cuenta que el diagnóstico es el primer paso del proceso administrativo y el insumo fundamental para realizar y planear acciones en salud, el presente trabajo tiene como objetivo particular, conocer las características del proceso salud– enfermedad de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque", así como conocer el punto de vista de los actores (prestadores de servicio y población), entendiendo sus percepciones, la valoración y los retos que plantean en cuestiones de salud con el propósito de aportar información que permita implementar acciones de salud para minimizar los daños existentes, prevenirlos y promover medidas que mejoren las condiciones y estilos de vida de la población.

El grupo considera que esta investigación además de cubrir los requisitos didácticos, será de gran apoyo a las actividades de la Casa Universidad "Molino de San Roque" ya que a pesar de no tener como única función la atención a la salud de la población de responsabilidad, la consideran una actividad de gran importancia para su misión de desarrollo.

Por lo que este diagnóstico pretende dar a conocer a los directivos de la institución los resultados obtenidos, datos que como ya se había mencionado anteriormente ayudan a entender los aspectos relacionados con, o que determinan el proceso salud enfermedad como son los aspectos, sociales, económicos, demográficos y por supuesto biológicos y epidemiológicos.

Lo anterior con el fin de proponer alternativas de solución que permitan un mejor desarrollo de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque".

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Argumentación teórica

Toda sociedad tiene problemas de salud y forma propia de interpretarlos, además de que genera respuestas específicas ante la enfermedad y prevención de la salud, las cuales son muy variadas, ya que dentro de cada sociedad las formas evolucionan con una rapidez que depende de la dinámica social global[1].

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la definición sobre la categoría salud: "como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades"[2]. Sin embargo para algunos autores el concepto de salud no puede surgir de abstracciones o subjetivismo, sin relación con las necesidades humanas, sino como un proceso: el Proceso Salud-Enfermedad (PSE) determinado por múltiples causas y que puede definirse como: "un proceso en la vida de los hombres, relacionado con su bienestar físico, mental y social, que es individual, particular o colectivo global, dinámico, variable y consecuencia de múltiples factores que, según sus efectos, pueden ser positivos o negativos"[2].

Resulta complejo medir con rigor científico (conceptual y metodológico) el fenómeno salud-enfermedad. Por esto que surge la necesidad de una revisión de la epidemiología que nos proporcione una visión más completa del fenómeno y por lo que se ha buscado generar categorías de análisis donde se representen adecuadamente los fenómenos sociales, integrando apropiadamente lo biológico en lo social, buscando superar los modelos multicausales en uso[1].

Una categoría de análisis es el diagnóstico, palabra que proviene de dos raíces: *dia* (a través) y *gnosos* (conocer)[3] y que trata de la descripción de la situación, conociendo la condición del sujeto de planificación y explicación de las causas más probables de esta situación, tratando de mostrar el nivel y la estructura de la salud, teniendo como índices la mortalidad y la morbilidad por causas, edades y sexo. Es necesario también conocer los factores condicionantes: los agentes patógenos, el medio natural y cultural de la población y la susceptibilidad de la misma, así como la política del sector salud en lo relativo a cantidad y organización de los recursos[4].

En 1992 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define al Diagnóstico de Salud como: "el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de intervenciones o programas apropiados y la evaluación de su impacto"[2].

El Diagnóstico de Salud representa el primer paso en la planeación de las acciones de los Servicios de Salud,[5] entendiendo por estos servicios a toda institución oficial, particular o académica que realiza acciones de promoción, prevención y atención a la salud de los grupos poblacionales[6].

El Diagnóstico de Salud debe tener las siguientes características[7]:

1. Objetividad: Los datos deben presentarse 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 conocer y evaluar el estado de salud de la población.
4. Temporalidad: debe referirse a un tiempo determinado, es decir, sus resultados son válidos para un periodo en particular.

3.2. Argumentación empírica

Los miembros de una sociedad no se enferman de la misma patología, ni con la misma frecuencia y gravedad, tampoco envejecen con la misma rapidez ni tienen una esperanza de vida igual, por lo anterior el proceso de salud-enfermedad puede considerarse social, así como los fenómenos relacionados con él, ya que se presentan en forma diferente entre las diversas clases que existen en las sociedades, lo que ocasiona una respuesta a la enfermedad diferente entre las éstas[8].

La Salud es la base del desarrollo en cualquier sociedad, sin ella el ser humano no podría realizar ninguna actividad productiva ni sus propósitos vitales. Por ello, en nuestro país la salud es un derecho constitucional y como se menciona nuestra Carta Magna, "el Estado Mexicano se ha distinguido por asumir históricamente la responsabilidad de ser garante de la salud pública"[9].

La Salud Pública ha sido definida como la ciencia para prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física por medio de esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento del ambiente[10].

Actualmente un reto de la Salud Pública es proponer alternativas y estrategias que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones y a ejercer su derecho a la protección de la salud[11].

Para lograr este objetivo es necesario identificar los indicadores que nos revelen el estado de salud-enfermedad de la población, así como a los indicadores de los factores de riego asociados con los padecimientos más frecuentes[12].

García R. (1993) menciona que con los diagnósticos situacionales, se han podido identificar las causas de problemas cuya solución es viable, derivándose de éstos la planeación, organización y ejecución de acciones dirigidas a mejorar el estado de salud[13].

Como ejemplo de lo anterior, podemos mencionar a continuación los resultados más sobresalientes de algunos diagnósticos situacionales de salud.

En un estudio Nacional de Salud en Colombia se reveló que existe relación inversa entre morbilidad e ingreso económico y educación, y que existen diferencias importantes de morbilidad entre el medio rural y el urbano de ese país[14].

En un estudio realizado en Argentina, se registró una diferencia regional de mortalidad infantil y cierta relación entre analfabetismo y morbimortalidad[15].

En México, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se denomina Síndrome Metabólico a la presencia simultánea de diferentes factores de riesgo cardiovascular en un mismo individuo como: obesidad, diabetes tipo II, hipertensión e hiperlipidemia, el cual en 1993, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, registró una prevalencia nacional de aproximadamente 30 por ciento en la población de 20 años y más. La Encuesta Nacional de Salud 2000 mostró que cerca de 8 por ciento de los adultos mayores de 20 años presentan diabetes tipo II; la prevalencia de hipertensión es de 30.8 por ciento en la población de 20 años y más, 50 por ciento en los hombres y casi 60 por ciento en las mujeres mayores de 60 años de edad; la prevalencia de dislipidemia es cercana a 30 por ciento y los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 indican que siete de cada diez personas adultas presentan sobrepeso y obesidad[16].

En el estado de Veracruz según datos del Programa Sectorial de Salud 2005-2010[17], las enfermedades transmisibles han sido desplazadas por las crónico degenerativas, sin embargo en algunas poblaciones del Estado se observa un patrón de polaridad retardada, que se refiere a la presencia simultánea y de magnitud similar de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas, sin que haya un patrón de morbilidad y/o mortalidad dominante.

En este programa se utilizó el índice de marginalidad como un indicador para definir las condiciones del Estado en comparación con el resto de las entidades federativas obteniendo en el año 2005 una calificación de muy alto grado de marginación, ocupando el cuarto lugar nacional.

En cuanto a Morbilidad Específica en el estado de Veracruz, en el año 2004 se encontraron los siguientes padecimientos: infecciones respiratoria agudas, infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, úlceras, gastritis y duodenitis, amibiasis intestinal, candidiasis urogenital, otras helmintiasis, ascariasis, otitis media aguda, gingivitis y enfermedad periodontal, entre otras.

En el año 2003 ocurrieron en el estado de Veracruz 36,118 muertes, con una tasa de 4.9 defunciones por cada 1,000 habitantes. El patrón de causas de muerte son enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, y accidentes, se ubican en los cinco primeros lugares.

En el año 2003 se realizó un diagnóstico de salud de 122 colonias periféricas de la ciudad de Xalapa Ver, las cuales carecen de uno o más servicios básicos y de unidades de atención médica. Se evidenció que la mitad de las familias tuvo algún enfermo en el último mes, los riesgos de pobreza son mayores para las mujeres que para los hombres y que la causa principal de morbilidad fueron las enfermedades respiratorias, casi con 60 por ciento[18].

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Argumentación o justificación

La Universidad Veracruzana (UV) es una Institución de educación superior pública y autónoma con distintas sedes distribuidas a lo largo del estado de Veracruz. Es reconocida como la Universidad de mayor impacto educativo en el sureste de la República Mexicana. Por medio de sus funciones de docencia, investigación, difusión de la cultura y extensión de servicios en sus distintas entidades académicas (facultades, institutos de investigación, organismos de difusión y extensión, entre otros), busca conservar, crear y transmitir la cultura para beneficiar a la sociedad.19 En la búsqueda de alternativas adecuadas a los retos del desarrollo, la UV ha transitado por propuestas exitosas de vinculación social con lo que se busca fortalecer los esfuerzos emprendidos desde una visión integral de los procesos sociales y ambientales que permitan establecer un compromiso más estrecho e incidir en diversos problemas entre los que se encuentra el proceso de *salud - enfermedad*[19].

"Las Casas de la Universidad" son espacios que vinculan a la Universidad Veracruzana con el ámbito rural, urbano y suburbano y se crean con el fin de buscar alternativas adecuadas a los retos del desarrollo de la comunidad, actualmente existen cuatro de ellas ubicadas en diferentes municipios del estado de Veracruz.

Entre éstas se encuentra la Casa Universidad Molino de San Roque en la ciudad de Xalapa – Enríquez, que tiene como población de responsabilidad a las colonias Rubén Jaramillo, Lomas de San Roque, Lomas del Seminario y Veracruz, y en las cuales se ha observado que la salud es uno de los elementos que movilizan a las personas de estos lugares, por lo que se considera como un eje dentro de la organización del trabajo de la casa,[20] pero no es el principal objetivo.

Tomando en cuenta lo anterior, hay que decir que la población de estudio no cuenta con un diagnóstico de salud completo, ya que no es una institución de salud. Sólo existen dos diagnósticos parciales, uno situacional que se realizó en el año 2002, con el fin de justificar la creación de la casa en esa comunidad y que no contempla los elementos necesarios de un diagnóstico de salud y otro integral de salud que se realizó en el primer semestre del 2007, en un jardín de niños, el cual no ofrece resultados representativos de la población total.

Con esto podemos concluir que existe la necesidad de realizar un diagnóstico de salud que cuente con los elementos necesarios para poder implementar las acciones encaminadas en atender las necesidades de salud de la población.

4.2. Escenario del diagnóstico

"La Casa Universidad Molino de San Roque" tiene como población de responsabilidad a las colonias Rubén Jaramillo, Lomas de San Roque, Lomas del Seminario y Veracruz con un total de 9,892 habitantes[21]. Esta población tiene la particularidad de estar asentada en la periferia de la zona norte de la ciudad de Xalapa, Ver., ubicación que le asigna características muy especiales como la mezcla entre actividades rurales y urbanas en un solo espacio, la conservación de tradiciones rurales llevadas a la ciudad, pero a su vez pérdida de tradiciones en los sectores jóvenes, uso de la tecnología como la computadora en contraste con los saberes tradicionales, los medios de transporte, la falta de servicios básicos, contaminación, poca producción y alto consumo, etc[20].

4.3. Preguntas de investigación

2.3.1. Pregunta Cuantitativa

¿Cuál es el estado de salud que presentó la población de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2007?

2.3.2. Pregunta Cualitativa

- ¿Cómo percibe la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" el proceso salud - enfermedad?
- ¿Cómo valoran los jóvenes en servicio social la calidad de su servicio?
- Desde la perspectiva de los directivos ¿Cuáles son los retos que se tienen que enfrentar para continuar ofreciendo el servicio de salud a su población de responsabilidad?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Evaluar los daños a la salud y sus factores de riesgo, que presenta la población de responsabilidad de La Casa Universidad Molino de San Roque, así como conocer las condiciones de salud desde el punto de vista de los actores (prestadores de servicio y población), entendiendo sus percepciones, la valoración y los retos que plantean.

5.2. Objetivos específicos

5.2.1. Cuantitativos

1. Identificar y priorizar daños: Morbilidad y mortalidad correspondientes al año 2007.

2. Identificar los factores de riesgo de los daños priorizados.

3. Identificar y evaluar la calidad de los recursos con que cuenta esta población para atender su salud.

5.2.2. Cualitativos

En investigación cualitativa, dado que no se busca sino se encuentra, no planteamos objetivos específicos para el análisis cualitativo[22], pues el diseño de la investigación permanece flexible, tanto antes como durante el proceso de investigación. Así, aunque los observadores participantes tienen una metodología, los rasgos específicos de su enfoque evolucionarán a medida que operan[23].

6. METODOLOGÍA

Se trata de una investigación que tiene un abordaje bi-método (cualitativo y cuantitativo)[24], para la que se utilizaron diferentes estrategias metodológicas para su elaboración. Con el abordaje cuantitativo se estudió la relación que existe entre variables así como la fuerza de asociación que existe entre ellas, generalizando resultados a través de una muestra para inferir a partir de los datos, los daños y riesgos de la población. Por otro lado, a través del abordaje cualitativo tratamos de identificar la naturaleza profunda de las realidades, haciendo registro de los fenómenos estudiados mediante diferentes técnicas.

6.1. Abordaje cuantitativo

6.1.1. Tipo de estudio y diseño

Tipo de estudio

Para realizar el diagnóstico de salud, el método cuantitativo aplicado respondió a las siguientes características metodológicas según diferentes criterios de clasificación[25]:

a) Según el análisis y alcance de los resultados: Descriptivo, pues se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, así como medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar.

b) Según el periodo y secuencia del estudio: Transversal, puesto que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

c) Según la comparación de poblaciones: único, puesto que este estudio sólo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existen hipótesis centrales.

d) De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: Observacional, pues se trata de un estudio en el que el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

Diseño

Muestreo estratificado por conglomerados

Una muestra aleatoria estratificada por conglomerados[26] es la obtenida mediante la separación de los elementos de la población en grupos que no presenten traslapes, llamados estratos, y la selección posterior de una muestra irrestricta aleatorio simple de cada estrato.

El tamaño de muestra final se distribuyó proporcionalmente a cada estrato, tomando en cuenta el número de viviendas dentro de cada estrato, de acuerdo a la información recabada en el pasado censo, etc.

Por estratos se consideraron las colonias que conforman la población de responsabilidad de la Casa Universidad molino de San Roque y que son: Veracruz, Rubén Jaramillo, Lomas de San Roque y Lomas del Seminario. Por conglomerados se consideraron las manzanas dentro de cada colonia y a partir de esto, se procedió a seleccionar mediante muestreo aleatorio simple (por rifa) los conglomerados, censando el primer conglomerado, el segundo, etc., hasta completar el tamaño de muestra.

Los motivos principales para utilizar muestreo aleatorio estratificado en lugar de muestreo irrestricto aleatorio son los siguientes[25, 27].

1. La estratificación puede producir un límite más pequeño para el error de estimación que el que se generaría por una muestra irrestricta aleatoria del mismo tamaño. Este resultado es particularmente útil si las mediciones dentro de los estratos son homogéneas.
2. El costo por observación en la encuesta es reducido mediante la estratificación de los elementos de la población en grupos convenientes
3. Se pueden obtener estimaciones de parámetros poblacionales para subgrupos de la población. Los subgrupos deben ser entonces estratos identificables.

Es importante mencionar que por haber realizado una sola selección para obtener los conglomerados no se puede considerar bietápico.

6.1.2. Descripción del universo y muestra

Es importante mencionar que para el abordaje cuantitativo tomamos como unidad de análisis a la vivienda.

Tabla 1. Población de responsabilidad de la Casa Universidad Molinos de San Roque

Colonia	Población masculina	Población femenina	Total habitantes	Viviendas habitadas
Veracruz	2,267	2,493	4,760	1,083
Rubén Jaramillo	350	367	717	158
Lomas de San Roque	1,305	1,450	2,755	659
Lomas del Seminario	785	875	1,660	389
Total	4,707	5185	9,892	2,289

Fuente: Fuente: INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000

Cálculo de la muestra

n = 2289
P = 0.5
d = 0.06
z =1.96

$$n_0 = \frac{z^2 P(1-P)}{dz}$$

$n_0 = 267$

Ajuste

$$n = \frac{n}{1+\frac{n}{N}}$$

$n = 251$

Para la distribución proporcional de la muestra por colonia se realizó la siguiente fórmula:

a = total de viviendas
b = muestra total
c = viviendas por colonia

$$X = \frac{ba}{c}$$

Tabla No. 2. Distribución proporcional de la muestra por colonia

Colonia	Muestra
Veracruz	126
Rubén Jaramillo	16
Lomas de San Roque	68
Lomas del Seminario	41
Total	251

Fuente: INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000

Criterios de inclusión

- Familias que viven en las colonias de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque: Rubén Jaramillo, Veracruz, Lomas del Seminario, Lomas de San Roque.
- Sólo se tomó en cuenta para la entrevista a personas mayores de 18 años que viven en la casa.
- Personas que al momento de la entrevista, viven en la casa seleccionada en la muestra.

Criterios de exclusión

- Familias que no viven en las colonias de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque.
- Familias que tienen menos de 30 días de residir en alguna de las colonias de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque.

Criterio de eliminación
Viviendas deshabitadas o que no se encuentren personas en el momento de levantar la encuesta

Criterio de sustitución
Se sustituyó la vivienda donde no se encontró quien respondiera a la entrevista con otra vivienda seleccionada aleatoriamente en el diseño muestral.

6.1.3. Priorización de daños

6.1.3.1. Aspectos básicos

Priorizar los daños a la salud, significa establecer un orden de importancia de las diferentes patologías que afectan a una población[28].

6.1.3.2. Criterios de priorización

A partir de los criterios de magnitud (tamaño del daño), trascendencia (impacto social del daño) y vulnerabilidad (posibilidad de reducir el daño) se realizó la priorización para morbilidad y mortalidad.

Se utilizaron los indicadores correspondientes a estos criterios para priorizar mortalidad y morbilidad.

1. Magnitud: Se calcularon tasas de mortalidad por causa y para morbilidad tasa de incidencia (TI) o densidad de incidencia
2. Trascendencia: Para mortalidad se calcularon los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), y para morbilidad las tasas de morbilidad por causa (TMC)
3. Vulnerabilidad: Se calculó la razón estandarizada de mortalidad (REM)

6.1.3.3. Proceso de priorización y resultados

I. Priorización de mortalidad por trascendencia, trascendencia y vulnerabilidad.
Con el número de defunciones de cada causa y la población a mitad de periodo se calcularon las tasas específicas por causa.

II. Cálculo de años potencialmente perdidos.
1. Se utilizó el número de defunciones por una causa, en particular para cada grupo de edad.
2. Se calculó el punto medio de cada intervalo, sumando los valores de los extremos de cada rango de edad, se le agregó una unidad y el resultado se dividió entre dos. Este valor representa el número de años que en promedio vivió cada persona de este grupo de edad.
3. Se calcularon cuántos años dejó de vivir cada persona que falleció restándolos a la esperanza de vida (en este caso 75 años) el número de años que en promedio vivió cada persona.

III. Cálculo de la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM)
1. Se obtuvieron las tasas de mortalidad específica por causa y grupo de edad de la población de referencia.
2. Para obtener las muertes esperadas, se multiplicaron las tasas mortalidad de cada grupo de edad de la población de referencia por la población de ese grupo de edad de la población en estudio y se dividió entre 100,000.
3. Se utilizaron las muertes observadas por esa causa en cada grupo de edad y se sumaron a las muertes esperadas y observadas.
4. Se obtuvo la REM dividiendo el total de las muertes observadas entre el total de las muertes esperadas.

IV. La priorización se obtuvo multiplicando el valor de la tasa de mortalidad por los años de vida potencialmente perdidos y la razón estandarizada de mortalidad para cada causa. El puntaje indica la posición de prioridad (a mayor puntaje mayor prioridad)

En nuestro caso para realizar el ejercicio de priorización, se consideró la población de la cuidad de Xalapa del año 2006 y como referencia se utilizó la población del estado de Veracruz del mismo año. De la primera se obtuvo la morbilidad por edad y sexo y a partir de este ejercicio se aplicaron las formulas antes mencionadas para obtener la priorización de daños para morbilidad y mortalidad de la población de Xalapa en el año 2006, obteniendo como resultado los padecimientos descritos en las tablas que a continuación se presentan.

Tabla 3. Priorización de daños morbilidad[a]

Daños[1]	CIE 10a. Rev.	Casos nuevos	Defunciones	Incidencia [b]	TMC[2]	Priorización[3]
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas [c]	R99.X	21,731	0	51.29179511	0	0.00
Infecciones respiratorias agudas [c]	J06	68,448	5	161.5581792	0.001180153	0.19
Infección de vías urinarias [c]	N39	13,518	0	31.90660744	0	0.00
Úlceras, gastritis y duodenitis [b]	K25-K29	5,806	2	16.28661754	0.000472061	0.01

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Dirección de Planeación.

Tabla 4. Priorización de daños mortalidad

Clave CIE 10a Rev.	CAUSA[4]	TASA[5]	AVPP[6]	REM[7]	PRIRIZACION[8]
E11-E14	Diabetes mellitus	6.28	2393.42	11.50	172852.8
I21, I25,2	Infarto agudo del miocardio	3.30	1306.75	2.60	11211.9
K70-K77	Otras enfermedades del hígado	1.98	955.25	2.30	4350.2
I27-I28	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1.68	544.00	10.50	9596.2
I67	Otras enfermedades cerebro vasculares	1.58	397.50	4.95	3108.8
I21,0- I25.1	Las demás enfermedades isquémicas del corazón	1.29	318.50	8.42	3459.5
I91	Síndrome de dependencia del alcohol	1.27	1078.00	5.88	8050.1
I12.9	Insuficiencia renal	1.30	592.00	9.10	7003.4
V09	Accidentes de tránsito de vehículos de motor	1.20	1525.00	9.80	17934.0
J12-J18	Neumonía	1.00	681.51	4.70	3203.1

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Dirección de Planeación

[a] *(Casos nuevos / total de la población)*1000*

[b] *Servicios de Salud de Veracruz. Subdirección de innovación de información en salud. Departamento de bioestadística. Morbilidad en el municipio de Xalapa por grupo de edad y sexo 2006.*

[c] *(defunciones / Total población en riesgo)*1000*

[d] *TMC * incidencia*

[e] *Servicios de salud de Veracruz. Subdirección de innovación de información en salud. Departamento de bioestadística. Morbilidad en el municipio de Xalapa por grupo de edad y sexo 2006.*

[f] *tasa mortalidad por causa (total de defunciones / población media 2006) *1000*

[g] *Años de vida potencialmente perdidos (Esperanza de vida - punto medio del intervalo) (suma de la primera edad del grupo etáreo mas la ultima edad de ese mismo grupo etáreo mas 1 y dividirlo entre dos)*

[h] *Razón estandarizada de mortalidad (población de referencia Veracruz población de estudio Xalapa) (muertes observadas sobre muertes esperadas) Priorización (TASA*AVPP*REM)*

6.1.4. Definición de las variables e indicadores para el análisis

6.1.4.1. Análisis cuantitativo

6.1.4.1.1. Análisis Demográfico

Para el análisis demográfico se consideraron las variables edad, sexo, crecimiento natural (natalidad y mortalidad) y lugar de residencia de la población de estudio.

Tabla 5. Variables e indicadores demográficos

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de Medición	Indicador
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.		Edad proporcionada por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda.	Cuestionario		Discreta	Frecuencia absoluta y porcentaje de la población por grupos quinquenales de edad y sexo
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.		Sexo declarado por el entrevistado de cada uno de los integrantes de la vivienda. Hombre Mujer	Cuestionario		Nominal	Frecuencia absoluta de sexo. Razón hombre mujer Porcentaje de la población por sexo
Crecimiento Natural	Diferencia entre el número de nacimientos y muertes de una población en un periodo de tiempo determinado	Nacimientos ocurridos en 2006	Número de nacimientos en el 2006 (según declaración del entrevistado) entre la población total en donde ocurrieron esos nacimientos por 1000	Cuestionario		Continua	Tasa de natalidad de una población – Tasa bruta de mortalidad
		Defunciones ocurridas en 2006	Número de defunciones ocurridos en el 2006 (según declaración del entrevistado) entre la población total en donde ocurrieron esas defunciones por 1000	Cuestionario		Continua	
Lugar de residencia	Localidad o colonia donde reside la persona.		Localidad o colonia donde se localiza la vivienda de la persona entrevistada, (Se consignará localidad para las personas que vivan fuera de Xalapa y colonia para las personas que vivan dentro de Xalapa)	Cuestionario		Nominal	Porcentaje de la población que reside en el municipio de Xalapa.

6.1.4.1.2. Daños priorizados

Se utilizaron como variables para la priorización de daños la morbilidad y mortalidad, y como indicadores a la tasa de mortalidad por causa y tasa de incidencia, a los años de vida potencialmente perdidos y la razón estandariza de mortalidad (REM).

Tabla 6. Variables para la priorización de daños

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Indicador
Morbilidad	Permite conocer de qué enferman o padecen los habitantes de una región.	Magnitud	Número de casos nuevos entre la población en riesgo.	Sistemas de Información oficiales	Incidencia acumulada
		Trascendencia	Número de defunciones por causa entre población en riesgo.		Tasa de mortalidad por causa específica.
Mortalidad	Expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado y puede estimarse para todos o algunos grupos de edad, para uno o ambos sexos y para una, varias o todas las enfermedades.	Magnitud	Número de defunciones por causa específica para cada grupo de edad entre la población total del grupo etáreo del periodo correspondiente.	Sistemas de Información oficiales	Tasa de mortalidad por causa específica.
		Trascendencia	Sumatoria de los años que los individuos dejan de vivir según la esperanza de vida para un período en particular.		Años de vida potencialmente perdidos
		Vulnerabilidad	Comparación de las defunciones observadas en una población determinada y para una causa específica con respecto a las que se podrían esperar si se aplicaran tasas específicas de mortalidad de una población diferente.		Razón Estandarizada de mortalidad.

6.1.4.1.3. Variables e indicadores para el análisis epidemiológico

En este análisis se utilizaron como variables de daños a la salud a la morbilidad y mortalidad con sus indicadores de incidencia y prevalencia.

Tabla 7. Variables e indicadores epidemiológicos

Variable	Dimensión	Dimensiones	Definición operacional	Fuente	Construcción del índice	Escala de Medición	Indicador
Morbilidad	Incidencia	Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)	Casos nuevos acumulados de IRAS, (gripe, tos, o alguna infección de la garganta) ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de IRAS entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumulada de IRAS en menores de cinco y mayores de 60 años de edad.
		Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)	Casos nuevos acumulados de EDAS, (personas que presenten más de tres evaluaciones líquidas en 24 horas) ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de EDAS entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumulada de EDAS en menores de cinco años de edad.
		Infección de Vías Urinarias (IVU)	Casos nuevos acumulados de IVU (dolor para orinar, continuar con sensación de ganas de orinar y orinar con sangre), ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista, en los habitantes de la vivienda y reportados por el entrevistado.	Cuestionario	Casos nuevos acumulados de IVU entre población en riesgo	Continua	Incidencia acumulada de IVU en el último mes previo a la entrevista en mujeres de 15 años y más.
	Prevalencia	Hipertensión Arterial	Casos conocidos de Hipertensión Arterial (Tensión arterial mayor de 90 y 130 en reposo) en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de HTA entre población en riesgo	Continua	Prevalencia de Hipertensión arterial al momento de la entrevista en personas mayores de 20 años de edad.
		Diabetes Mellitus Tipo 2	Casos conocidos de Diabetes Mellitus Tipo 2 (cifras de hiperglicemia mayores de 120 mg por dl. En ayuno) en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de Diabetes Mellitus Tipo 2 entre población en riesgo	Continua	Prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 al momento de la entrevista, en población mayor de 40 años de edad.
		Alcoholismo	Casos conocidos de Alcoholismo (persona que no controla su manera de ingerir bebidas alcohólicas) en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de Alcoholismo entre población en riesgo	Continua	Prevalencia de Alcoholismo al momento de la entrevista, en población mayor de 12 años).
		Depresión	Casos conocidos de Depresión (persona con trastornos emocionales y con tendencia al suicidio) en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Casos conocidos de Depresión entre población en riesgo	Continua	Prevalencia de Depresión al momento de la entrevista, en población femenina mayor de 15 años.
		Omisión de cuidados	Casos conocidos de adolescentes cuyos padres incurran en la Omisión de cuidados hacía ellos y reportados por el propio adolescente.	Cuestionario	Casos conocidos de adolescentes cuyos padres incurran en la Omisión de cuidados entre el total de adolescentes encuestados	Continua	Porcentaje de adolescente cuyos padres incurran en la omisión de cuidados.
		Anorexia	Casos conocidos de adolescentes que padezcan de anorexia y reportados por el propio adolescente.	Cuestionario	Casos conocidos de adolescentes que padezcan de anorexia entre el total de adolescentes encuestados	Continua	Porcentaje de adolescente que padezcan anorexia, en población adolescete.

Mortalidad	Expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado y puede estimarse para todos o algunos grupos de edad, para uno o ambos sexos y para una, varias o todas las enfermedades.	Diabetes Mellitus	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Diabetes Mellitus Tipo 2 en los últimos 5 años en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Diabetes Mellitus Tipo 2 entre población en riesgo Defunciones por Diabetes Mellitus Tipo 2 entre Total Casos conocidos de Diabetes Mellitus Tipo 2 en los últimos 5 años	Continua	Tasa de Mortalidad anual por Diabetes Mellitus Tipo 2. Tasa de Mortalidad por DM2 anual por grupo de edad. Letalidad por Diabetes Mellitus Tipo 2 en los últimos 5 años.
		Cirrosis	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Cirrosis durante el último año.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Cirrosis entre población en riesgo	Continua	Tasa de Mortalidad anual por Cirrosis Tasa de Mortalidad por Cirrosis anual por grupo de edad.
		Infarto al Miocardio	Defunciones conocidas a infarto al Miocardio durante el último año.	Cuestionario	Defunciones conocidas por Infarto al Miocardio entre población en riesgo	Continua	Tasa de Mortalidad anual por Infarto al Miocardio Tasa de Mortalidad por Infarto de Miocardio anual por grupo de edad.
		Hipertensión Arterial	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Hipertensión Arterial en los últimos 5 años en los habitantes de la vivienda y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a la Hipertensión Arterial entre población en riesgo Defunciones por Hipertensión arterial entre Total Casos conocidos de Hipertensión arterial en los últimos 5 años	Continua	Tasa de Mortalidad anual Hipertensión arterial Tasa de Mortalidad por HTA anual por grupo de edad. Letalidad por Hipertensión arterial en los últimos 5 años.
		Accidentes de Transito	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Accidentes de Tránsito durante el último año y reportados al momento de la entrevista.	Cuestionario	Defunciones conocidas por causas atribuibles a Accidentes de tránsito entre población en riesgo	Continua	Tasa de Mortalidad anual por accidentes de tránsitc. Tasa de Mortalidad por accidentes de tránsitc anual por grupo de edad.

6.1.1.1.4. Factores de riesgo para daños priorizados

Un factor de riesgo puede considerarse como un atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución específicamente desfavorable de este proceso[29].

Tomando en cuenta lo anterior, se identificaron los factores de riesgo para los daños priorizados que a continuación se mencionan, según los análisis realizados por los alumnos integrantes de la Maestría en Salud Pública. (Ver anexo 1)

Morbilidad:
- Infección respiratorias agudas (menores de 5 y 60 y más años)
- Enfermedad diarreica aguda
- Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años
- Accidentes de tránsito por vehículo de motor para morbilidad
- Infarto agudo al miocardio
- Hipertensión arterial y sistémica
- Diabetes mellitus
- Depresión
- Alcoholismo

Mortalidad:
- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial sistémica
- Accidentes de tránsito por vehículo de motor para mortalidad
- Cirrosis

6.1.4.1.5. Recursos, servicios y programas de salud

Para determinar los recursos, servicios y programas disponibles se utilizaran como variables: rendimiento de consultas por hora médico, obertura de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas, derechohabiencia utilización de servicios de salud, percepción de la calidad de los servicios de salud, percepción de problemas en la prestación de servicios de salud.

Tabla 8. Variables de la productividad de los servicios

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Rendimiento de consultas por hora médico	Número de consultas que en promedio realiza cada médico de la unidad de salud en una hora	Total de consultas efectuadas por el personal médico en un mes del periodo de estudio divididas entre el total de horas que laboraron todos los médicos en el mismo periodo	Registro diario de actividades del médico. Registro de asistencia del personal médico	Continua	Número promedio de consultas por hora médico

Tabla 9. Cobertura de los programas de salud

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Cobertura de los programas que atienden las patologías crónicas priorizadas	Es la relación de personas enfermas por un daño en particular que se encuentran en control médico con respecto al total de personas enfermas por ese daño.	Total de personas detectadas en la encuesta que declararon padecer alguna de las patologías crónicas priorizadas y que manifestaron estar en control médico, divididas entre el total de personas que declararon padecer dicho daño, expresado en porcentaje	Cuestionario	Continua	Porcentaje de cobertura de los programas de enfermedades crónicas, priorizadas.

Tabla 10. Demanda de servicios de salud por institución (derechohabiencia y utilización)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Derechohabiencia	Derecho laboral para recibir servicios de salud en una institución de seguridad social	Personas de la familia que según el informante declara que tienen derecho a los servicios de salud de cualquiera de las siguientes instituciones: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Ninguna	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas según institución de derechohabiencia
Utilización de servicios de salud	Instituciones de servicios de salud que usa con mayor frecuencia la familia	Las instituciones de salud que el informante declara utilizan con mayor frecuencia los miembros de la familia: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, SESVER Privadas Tradicionales Otras	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de familias según utilización de los servicios por institución

Tabla 11. Satisfacción de los usuarios por los servicios

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Percepción de la calidad de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud, que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buena Regular Mala	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas según opinión de la calidad de los servicios de salud, que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena Regular Mala

Tabla 12. Problemas detectados en la prestación de servicios

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Percepción de problemas en la prestación de servicios de salud	Percepción que tienen los alumnos de la MSP derivada de la observación cotidiana de la operación de los servicios de salud de su sede de prácticas de campo	Opinión que emiten los alumnos sobre los problemas que perciben en la prestación de servicios de salud en su sede de práctica profesional	Observación y Reporte semanal de actividades de prácticas profesionales	Cualitativa, descriptiva	No hay, sólo es una descripción.

6.1.4.1.5.1. Factores económicos

Para factores económicos se utilizaron las variables nivel de vida y la actividad económica de la población de estudio.

Tabla13. Nivel de vida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Índice	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Nivel de vida	Disponibilidad de bienes materiales e instalaciones en la vivienda que proporcionan comodidad, acceso a algunos medios masivos de comunicación o aligeran las tareas domésticas.	Nivel de Vida alto, medio o bajo determinado por la disponibilidad en la vivienda de: • Licuadora • Radio o radiograbadora • Televisión • Videocasetera • Calentador de agua • Refrigerador • Teléfono • Lavadora • Computadora • Automóvil o camioneta	Se medirá a través de un índice ponderado de acuerdo a los siguientes valores: Bienes Ponderación Licuadora 1 Radio o radiograbadora 2 Televisión 3 Videocasetera 4 Calentador de agua 5 Refrigerador 6 Teléfono 7 Lavadora 8 Computadora 9 Automóvil o camioneta 10 Nivel de vida bajo = 0 – 10 puntos Nivel de vida medio = 11 – 28 puntos Nivel de vida alto = 29 – 55 puntos	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de viviendas según nivel de vida.

Tabla 14. Condición de actividad económica

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Condición de actividad económica	Situación que distingue a la población de 12 años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica en la semana anterior a la aplicación del cuestionario	Personas de 12 años y más de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o en se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías: • Estudiantes • Incapacitados permanentemente para trabajar • Jubilados o pensionados • Personas dedicadas a los quehaceres del Hogar	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas de 12 años y más según condición de actividad: Inactivas: • Estudiantes • Incapacitados permanentemente para trabajar • Jubilados o pensionados • Personas dedicadas a los quehaceres del hogar. Activas • Ocupados • Desocupados

6.1.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.1.5.1. Presentación y descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

Con respecto al componente cuantitativo una vez obtenida la muestra representativa en donde aleatoriamente se eligieron las manzanas, teniendo en cuenta que cada una de ellas representa un conglomerado, se aplicó una encuesta a todas las viviendas seleccionadas hasta completar la muestra proporcional de cada estrato que en total sumaron 251 viviendas.

Dada la magnitud de la muestra, contamos con el apoyo de 63 alumnos de las facultades de Odontología y Nutrición previamente capacitados, lo cual nos facilitó la recolección de la información en un solo día.

6.1.5.2. Presentación y descripción los procedimientos utilizados en la recolección de la información

6.1.5.2.1. Presentación y descripción de la validación de los instrumentos

Los instrumentos de investigación que permitieron recolectar la información fueron, para el apartado cuantitativo, un cuestionario construido por los alumnos de la maestría en Salud Pública de la generación 2007 - 2009 en conjunto y con el apoyo de los maestros encargados del módulo de Salud Pública I y Gestión del Conocimiento I. (Anexo 2)

El cuestionario consta de 151 ítems los cuales están distribuidos en los siguientes apartados:

• Ficha de identificación: folio del cuestionario, presentación, dirección de la vivienda encuestada, tipo de localidad, así como tiempo que duró la entrevista y fecha de aplicación.
• Características demográficas: incluye el sexo, edad, derechohabiencia, antecedentes hereditarios de diabetes o hipertensión de los habitantes de la casa
• Mayores de doce años: Incluye población económicamente activa, nivel de escolaridad y tabaquismo, alcoholismo, actividad física y obesidad de los habitantes de la casa
• Defunciones: se pregunta murió algún familiar del año 2000 a la fecha, la edad, sexo, motivo de la muerte y si padecía obesidad, alcoholismo y tabaquismo.
• Características de la vivienda: se refiera al material con el que está hecha la vivienda, si cuenta con drenaje, agua potable, electricidad, sanitarios, cuartos para dormir, cocina exclusiva, almacenamiento de basura, nivel económico.
• Menores de 5 años: se pregunta el peso del menor al nacer, amamantamiento, enfermedades respiratorias o diarreicas en los

últimos treinta días y quién lo atendió, peso actual, vacunas con las que cuenta y las enfermedades que padece
• Responsables de los menores de 5 años: se pregunta si lava las manos del menor antes de comer, el tipo de agua que consume el menor, si se está capacitado (a) en el manejo de gripas o diarreas.
• Mayores de 60 años: se pregunta si han tenido gripa, las vacunas de Neumococo e Influenza o si padecen alguna enfermedad
• Diabetes: para fallecidos por diabetes (del año 2000 a la fecha), o que se encuentren con el padecimiento preguntar si hay o hubo una dieta especial, si tienen o tenía tratamiento y se era o es apegado a lo indicado por el doctor, si tienen o tenia complicaciones y por la existencia de antecedentes familiares del padecimiento
• Hipertensión arterial: si hay personas con HTA o que haya muerto del año 2000 a la fecha por esa causa, tratamiento, apego a lo indicado por el doctor, complicaciones y antecedentes familiares de hipertensión arterial
• Infarto al miocardio: si hay personas que hayan presentado un Infarto Agudo al Miocardio (IAM) o un fallecido del año 2000 a la fecha por esta causa, ejercicio, tabaquismo, colesterol elevado o los triglicéridos
• Cirrosis: presencia de cirrosis hepática, alcoholismo, transfusiones de sangre y situación de derechohabiencia.
• Infección de vías urinarias: para mujeres mayores de 15 años presencia de síntomas de IVUS, hábitos personales, utilización de condón.
• Accidentes de tránsito: personas accidentadas por un vehículo de motor, fallecidos por esta causa, fecha del accidente, alcoholismo, exceso de velocidad, si el referido era el conductor del vehículo, la marca, mantenimiento del vehículo.
• Conductores: uso de cinturón de seguridad, velocidad a la que manejan, marca de los vehículos y frecuencia del mantenimiento de la unidad.

Para la validación del instrumento fue necesario aplicar un número determinado de cuestionarios a una población similar a la de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" los cuales se aplicaron a la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Coyopolan" para poder identificar posibles errores y confusiones tanto para el encuestador como para el encuestado los cuales se externaron por parte de todos los equipos en una asesoría con los profesores responsables de los módulos de Salud Pública I y Gestión del conocimiento I.

Una vez identificados y discutidos se procedió a la corrección de los mismos para poderlos aplicar de forma correcta a la población de estudio.

6.1.5.2.2. Presentación y descripción de los resultados de la prueba piloto

En la aplicación del cuestionario de la prueba piloto se obtuvieron los siguientes resultados:

Se encontró que en la mayoría de las casas encuestadas hay una mayor frecuencia de población masculina siendo ésta de 28 y 22 mujeres; y que las personas menores de 15 años de edad tienen la mayor frecuencia. Otro dato detectado por esta investigación fue que la mayoría de la población almacena su basura en bolsas fuera de la vivienda. El 80 por ciento de las casas encuestadas cuenta con fosa séptica, 50 por ciento tienen llave de agua dentro de la vivienda y en 60 por ciento de las viviendas las personas viven en hacinamiento. (Anexo 4)

6.1.6. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.1.6.1. Descripción de los procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Una vez aplicados los cuestionarios se capturaron en una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS versión 12 y 15. Siguió una serie de pasos:

• Se dividió la captura entre las integrantes del equipo para facilitar el trabajo y minimizar los tiempos
• Una vez terminada la captura se procedió a integrarla en un sólo archivo.
• Después de integrada la información se solicitó nuevamente asesoría con la maestra Cristina Ortiz León y la maestra Cecilia Cortés Salazar para poder verificar que la los datos estuvieran correctamente capturados.
• Después de sacar frecuencias se utilizaron programas como Statcalc de epi-info versión 6.0 y Excel.
• Concluido lo anterior se pudo empezar a realizar el análisis correspondiente de la información.

6.1.6.2. Indicadores utilizados para la descripción

Los indicadores que utilizamos para el procesamiento de la información fueron los siguientes:

Características sociodemográficas y económicas
• Distribución de edad por grupos quinquenales y por sexo

- Razón hombre – mujer
- Tasa bruta de mortalidad
- Tasa bruta de natalidad
- Tasa crecimiento natural
- Tasa fecundidad general
- Distribución por lugar de residencia
- Distribución por nivel de escolaridad
- Distribución por condición de actividad económica
- Proporción de población analfabeta por sexo
- Distribución del nivel económico familiar
- Frecuencia de hacinamiento
- Proporción de viviendas en condiciones desfavorables

Identificación de los daños
Morbilidad

Incidencia acumulada por edades desplegadas y por sexo de:

- Infección respiratoria aguda en niños < 5 años
- Enfermedad diarreica aguda en niños < 5 años durante el mes previo a la entrevista
- Infección de vías urinarias en mujeres de 15 años y más
- Accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos > 16 años
- Infarto agudo de miocardio: incidencia acumulada general, por sexo y por grupos de edad de interés epidemiológico.

Prevalencia acumulada por edades desplegadas:
- Hipertensión arterial sistémica
- Diabetes mellitus
- Alcoholismo
- Tabaquismo

Evaluación de factores de riesgo

Morbilidad

- Infección respiratoria aguda en niños < 5 años.
  Factor de riesgo
  - Sin lactancia materna
  - Con exposición al humo de leña
  - Con exposición al humo de tabaco
  - Esquema incompleto de pentavalente
  - Esquema incompleto de anti-influenza
  - Responsable del menor es analfabeta
  - Responsable del menor no está capacitado en el manejo de la infección respiratoria aguda.
  - Nivel económico familiar bajo/alto
  - Nivel económico familiar bajo/medio
- Infección respiratoria aguda en el adulto mayor (sujetos ≥ 60 años).
  Factor de riesgo
  - Con exposición al humo de leña
  - Con exposición al humo de tabaco
  - Esquema incompleto de anti-influenza
  - Esquema incompleto de anti-neumocóccica
  - Con diabetes
  - Con hipertensión
  - Con algún tipo de cáncer
  - Nivel económico familiar bajo/alto
  - Nivel económico familiar bajo/medio

- Enfermedad diarreica aguda en niños < 5 años de edad.
  Factor de riesgo
  - Vivienda sin drenaje
  - Vivienda con piso de tierra
  - Almacenan la basura dentro de la vivienda
  - Basura almacenada dentro de la vivienda sin tapar
  - Sin lactancia materna
  - Consume agua potable
  - No desinfecta o no lava frutas-verduras
  - El responsable del < 5 años no se lava las manos antes de comer ni después de ir al baño
  - Al < 5 años no le lavan las manos antes de ir a comer
  - Al < 5 años no le lavan las manos después de ir al baño
  - Nivel económico familiar bajo/alto
  - Nivel económico familiar bajo/medio

- Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años de edad.
  Factor de riesgo
  - Con diabetes
  - Con algún tipo de cáncer
  - Con infección por VIH
  - Con inmunosupresión
  - Uso baños públicos
  - Ingiere menos de 2 litros de agua al día
  - Consumo diario de refresco
  - Consumo diario de alimentos chatarra
  - No utiliza preservativo
  - Sin baño diario
  - Con técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción

• Accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos > 16 años.
Factor de riesgo

- Sexo masculino
- Edad < 25 años
- Conduce cuando ha ingerido bebidas alcohólicas
- Conduce con exceso de velocidad
- El vehículo recibe mantenimiento cada más de seis meses.

• Infarto agudo de miocardio
Factor de riesgo
- Edad > 40 años
- Sexo masculino
- Obeso
- Con hipercolesterolemia
- Con hipertrigliceridemia
- Con tabaquismo
- Con alcoholismo
- No realiza ejercicio físico

• Enfermedad por hipertensión arterial sistémica
Factor de riesgo
- Edad ≥ 20 años
- Sexo masculino
- Tener familiar con hipertensión
- Obeso
- Con hipercolesterolemia
- Con tabaquismo
- Con alcoholismo
- No realiza ejercicio físico

• Enfermedad por diabetes mellitus tipo 2
Factor de riesgo
- Edad ≥ 65 años
- Sexo masculino
- Con diabetes
- Obeso
- Hipercolesterolemia
- Con tabaquismo
- Con alcoholismo
- Sin apego a su tratamiento
- Con complicaciones por la diabetes

Mortalidad

Muerte por hipertensión arterial sistémica.
Factores de riesgo
- Edad ≥ 55 años
- Sexo masculino
- Obeso
- Con hipercolesterlemia
- Con diabetes
- Con tabaquismo
- Con alcoholismo
- Realiza ejercicio físico cotidianamente

Recursos, servicios y programas de salud.

• Distribución del tipo de derechohabiencia
• Distribución por servicios de salud utilizados.
• Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud.
• Distribución de < 5 años según esquemas de vacunación de:
- Anti-influenza.
- Pentavalente.
- Anti-neumococo.

• Diabetes mellitus.
• Proporción de pacientes diabéticos que reciben atención médica para su enfermedad.
• Servicios de salud a los que acuden los pacientes diabéticos a recibir atención médica.
• Hipertensión arterial.
• Porcentaje de pacientes hipertensos que reciben atención médica para su enfermedad.
• Distribución de los servicios de salud a los que acuden los pacientes hipertensos a recibir atención médica

6.1.6.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Dentro de los programas estadísticos se cruzaron variables que permitieran realizar tablas de contingencia, frecuencia, recodificación de valores que permitieran analizar de forma más sencilla y completa la información.

Se calculó el Riesgo Relativo (RR) para incidencia y Razón de Momios (OR) para prevalencia donde se realizaron tablas tetracóricas o de doble entrada con un intervalo de confianza del 95 por ciento.

6.2. Abordaje cualitativo

6.2.1. Tipo de estudio y diseño

Tipo de estudio

Los métodos cualitativos son entendidos como técnicas de comprensión personal, de sentido común y de introspección.[30] En este estudio cualitativo se persigue una profundidad de análisis hasta lo que algunos autores

han denominado un "segundo nivel" (Hernández; 1998), es decir, se trata de un análisis descriptivo/comprensivo que nos permite entender el pensamiento de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en un contexto particular y para llegar a este nivel es necesario lograr otros dos niveles: [31]

1. Primer nivel o de reproducción fiel: comprendido desde la aplicación de las técnicas para obtener datos, hasta la transcripción textual de las discusiones grupales, las entrevistas y/o las técnicas de contexto.
2. Segundo nivel descriptivo/comprensivo: implica comprender un contexto determinado a través de un sistema de representaciones simbólicas y significados.

Diseño
En este estudio se trató de tener representadas determinadas relaciones sociales consideradas *a priori*[32] a partir de los subgrupos ya establecidos, para lo cual se buscó la representación de los tipos sociales, entendiéndose que son sujetos, individuos o grupos, los cuales tienen reconocimiento en su entorno y que en este caso están en contacto directo con la Casa Universidad Molino de San Roque, a tratar fueron los directivos, los prestadores del servicio y los usuarios de la Casa Universidad Molino de San Roque.

1. Las variables discursivas fueron:
a. Directivos
b. Prestadores del servicio
c. Usuarios
2. Número de eventos

Fueron dos por cada variable discursiva. Lo anterior no se decidió por problema de representatividad, sino de escucha: un solo grupo resulta insuficiente, no porque en él no esté operando todo el discurso, sino porque no se manifiesta suficiente para la escucha.[22]

3. Tamaño del grupo y atributos se definieron a partir de los participantes. Aquí buscamos saturar el campo de los diferentes puntos de vista de nuestras 3 variables discursivas
   a. Usuarios: dos entrevistas individuales de profundidad
   b. Prestadores de servicios: dos entrevistas grupales de tres personas
   c. Directivos: dos entrevistas individuales de profundidad

Tabla 15. Tipo social y variables discursivas del diseño metodológico cualitativo

Tipo social / Variables discursivas	Directivos	Prestadores de servicio social	Usuarios
Evento 1	Coordinador de la Casa Universidad	Pasantes de nutrición Pasante de odontología	Titular del programa Oportunidades
Evento 2	Coordinador de Campo de la Casa Universidad	Pasante medicina Pasante de enfermería Pasante odontología	Titular del programa Oportunidades

6.2.2. Descripción del universo y muestra

En esta investigación se utilizó un muestreo teórico estratificado intencional ya que ilustra subgrupos, lo que facilita comparaciones[4], y es teórico porque no responde a criterios estadísticos sino estructurales.[33] En este estudio los tipos sociales que participaron fueron: los directivos de la casa, que son el coordinador de la casa y la coordinadora de campo encargada de los pasantes en servicio social, los prestadores del servicio social que son: dos de nutrición; dos de odontología, uno de enfermería y uno de medicina y por ultimo dos usuarios de la Casa Universidad que son titulares del programa Oportunidades.

6.2.3. Definición de variables

6.2.3.1. Definición de los conceptos y subconceptos para el apartado cualitativo

Los conceptos son ideas abstractas generalizadas a partir de hechos empíricos, son instrumentos sensibilizadores que proporcionan un sentido de referencia general y sugieren direcciones para la observación. Se utilizan para iluminar los procesos y fenómenos sociales que no son fácilmente perceptibles en las descripciones de casos específicos.
Del análisis cualitativo de los datos que se obtuvieron a partir de los actores sociales, se construyeron conceptos y subconceptos que codificándolos nos permitiera interpretar el discurso. El concepto se conforma por temas y proporciones menores que describen las diferentes dimensiones que toman en la práctica el discurso de los actores. El concepto surge de la necesidad del investigador y de la información que proporciona la observación de la realidad y el análisis del vocabulario del informante. Se establecieron además subconceptos para estos conceptos que captaran el sentido en el discurso de los actores sociales[23]. Todos estos conceptos fueron validados por el juicio de expertos y recibieron un código tomando las dos primeras letras de la palabra en mayúscula y las dos siguientes en minúsculas para identificar el subconcepto.

En cada una de estas tablas se cualificaron los elementos presentes en el discurso, en términos de la consistencia (presente en tres cuartas partes o más del discurso), variabilidad (presente en dos cuartas partes) o caso extremo si alguna opinión aparecía en al menos una cuarta parte de las variables discursivas[22]. Estos criterios se atendieron en el análisis del discurso de las variables directivos, prestadores del servicio y usuarios del servicio, en virtud de que se contó con información de dos eventos por cada variable.

La pregunta para los directivos fue con respecto a los retos (RE) que los directivos de Casa Universidad Molino de San Roque tienen que vencer para dar un servicio de calidad a los usuarios. Los subconceptos definidos y explicitados anticipadamente fueron: reto en salud (REsa), reto en calidad (REca), reto en recursos materiales (Rema), reto en recursos humanos (REhu), reto en educación (REed), reto en infraestructura (REin), reto en reconocimiento (REco), reto en confianza (REco), reto en estrategia (REes) , reto en satisfacción del usuario (REsa).

Para los prestadores de servicios y siguiendo la misma sistematización, la pregunta fue, como valoran los prestadores la calidad de sus servicios, para esto se tomó como concepto Valoración del servicio y como subconceptos: valoración en la calidad de los servicios (VAse), valoración en la motivación (VAmo) y valoración en el significado de la práctica (VApr).

Para los usuarios de la Casa Universidad Molino de San Roque se realizó la misma sistematización de conceptos y subconceptos, quedando como concepto la Percepción y como subconceptos: percepción en salud (Pesa), percepción de enfermedad (PEen), percepción de padecimiento (Pepa), percepción de socializar (PEso), percepción de educación (Peed), percepción de prevención (PEpr)

A continuación mostramos los conceptos que se utilizaron para el análisis y elaboración del espectro del discurso.

Concepto	Definición Teórica	Codificación	Subconcepto	Evidencia empírica
Retos	Cosa difícil que alguien se propone como objetivo. Objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta[34].	RE	REs: Salud: La organización mundial de la Salud (O.M.S.) la define como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades.	Cualquier expresión de la persona que refiere que se siente bien.
			REe: Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud	Expresión de la persona que refiera tener alguna dolencia, estar mal, sentirse mal.
			REc: Capacitación: Hacer a alguien apto	Habilitar a alguien para la realización de diferentes actividades.
			REca: Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.	Atención al paciente de manera asertiva y con conocimiento.
			REm: Recursos: Medio de cualquier clase que, en caso de necesidad, sirve para conseguir lo que se pretende.	Elementos materiales necesarios para poder llevar a cabo actividades.
			RErh: Recursos humanos: Conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa.	Grupo de personas necesaria para la realización de actividades.
			REco: Cobertura: Cantidad o porcentaje abarcado por una cosa o una actividad.	Influencia abarcada por la institución.
			Reed: Educación Instrucción por medio de la acción docente	Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y modificar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Tabla 16. Conceptos para análisis cualitativo de la entrevista a directivos

Concepto	Definición Teórica	Codificación	Subconcepto	Evidencia empírica
Retos	Cosa difícil que alguien se propone como objetivo. Objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta. [34]	RE	REn: Normas: Regla u ordenación del comportamiento humano dictado por autoridad competente de acuerdo a un criterio de valor y cuyo incumplimiento trae aparejado una sanción. Generalmente impone deberes y confiere. Es lo que nos rige en la sociedad y señalan como debe ser el comportamiento del hombre. (htpp://scielo.cl/scielo.php Consultado 17 de enero del 2008)	
			REi: Infraestructura: Se le llama así a cualquier equipo o construcción útil para prestar algún servicio o realizar determinada actividad (carretera, planta de tratamiento de aguas residuales, drenaje, energía eléctrica, aeropuerto, cines, tiendas, etc)	Expresión de la persona haga referencia a alguna característica del sitio de trabajo o de equipamiento.
			Rere: Reconocimiento: Aceptación expresa o tácita de una obligación o del derecho que compete al colitigante, y también de la autenticidad de un documento o de algún hecho litigioso.	
			REcon: Confianza: Es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá mas o menos reforzada en función de las acciones.	
			REes: Estrategias: Conjunto de acciones que aseguran el camino a seguir en la búsqueda de empleo o trabajo a realizar.	
			REca: Capacitación: un esfuerzo sistemático y planificado para modificar o desarrollar el conocimiento, las técnicas y las actitudes a través de la experiencia y conseguir la actuación adecuada en una actividad o rango de actividades. Su propósito, en el mundo del trabajo, es capacitar a un individuo para que pueda realizar convenientemente una tarea o trabajo" (Buckley y Caple; 1991).	
			REsu: Satisfacción del usuario: Equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad. Depende de una serie de circunstancias de orden cultural, social y económico, y que la sensación de insatisfacción estuvo relacionada con escasa información, sobre el padecimiento actual, omisiones en las acciones de exploración y diagnóstico, con inadecuadas relaciones interpersonales, en especial de los médicos, y con el complicado trámite para obtener la consulta. (Rev. Esp. Salud Pública v.78 n.4 Madrid jul. - ago. 2004)	

Tabla 17. Conceptos para análisis cualitativo de la entrevista a Prestador de Servicio

Concepto	Definición Teórica	Codificación	Subconcepto	Evidencia empírica
Valoración del servicio	La valoración es el momento en que el individuo interpreta el significado de un fenómeno u objeto de interés, le atribuye importancia y lo clasifica. La valoración es subjetiva y se hace comparando las cualidades del fenómeno de interés con otros fenómenos similares. Se ha identificado que entre la valoración y la acción, el individuo realiza la medición de la situación y la evaluación de sus opciones. (De la Cuesta, 1999).	VA	VaCa: Significado de Calidad del servicio: Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los servicios y que permiten clasificarlos en diversas categorías, relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes (Ruelas, 1992).	Evidencia del significado que para los prestadores del servicio tiene el concepto de "calidad del servicio".
			VaMo: Motivación: Proceso de carácter cognitivo y afectivo que determina la elección, iniciación, dirección, magnitud y calidad de una acción que se persigue para alcanzar un fin determinado (Huertas, 1997). Causa del comportamiento de un organismo o razón por la que un organismo lleva a cabo una actividad determinada.	Evidencia de las razones, sentimientos, intereses o incentivos que llevaron a los estudiantes universitarios a elegir realizar su servicio social en las Casas de la Universidad.
			VaP: Significado de la Práctica: Práctica viene de la palabra griega praxis que significa acción, obra. Praxis es "el acto que se dirige a otra persona humana; acto hacia otra persona y relación misma de persona a persona.	Toda aquella evidencia que refiera los significados que tiene para los prestadores del servicio su práctica profesional dentro de la Casa de la Universidad.

Tabla 18. Conceptos para análisis cualitativo de la entrevista a Usuarios

Concepto	Definición Teórica	Codificación	Subconcepto	Evidencia empírica
Percepción	Sensación interior que resulta de una impresión material, conocimiento o idea.[35]	PE	PEs Salud: La organización mundial de la Salud (O.M.S.) la define como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades.	Cualquier expresión de la persona que refiere que se siente bien. • Ausencia de malestar. • Sensación de bienestar orgánico, mental, espiritual. • Persona que puede hacer sus quehaceres cotidianos sin ningún dolor o malestar.
			PEe Enfermedad: disfunción fisiológica, psicológica o social, que presenta un individuo, la cualpuede ser identificada y clasificada de acuerdo con signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico.[36]	Expresión de la persona que refiera tener alguna dolencia, estar mal, sentirse mal físico, psicológico o social.
			PEp Padecimiento: Acción de padecer o sufrir daño, injuria, enfermedad.	Sentir personal de inestabilidad sin diagnóstico alguno; Presencia de síntomas de alguna enfermedad que en ese momento no ha sido diagnosticada.
			PEo Socializar (tema emergente) Promover las condiciones sociales que, independiente de las relaciones con el Estado, favorezcan en los seres humanos el desarrollo integral de su persona.	Interacción con otros individuos; tales como la formación de grupos.
			PEe Educación Instrucción por medio de la acción docente	Aprendizaje sobre mantenimiento de salud y conocimiento de enfermedades.
			PEpr Prevención	

6.2.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

6.2.4.1. Presentación y descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información

Con respecto al componente cualitativo, se tomó en cuenta la entrevista, aplicada a los tipos sociales, específicamente las entrevistas focalizadas que según Kerlinger son una confrontación interpersonal, en la cual una persona (el entrevistador) formula a otra (el respondiente) preguntas, cuyo fin es conseguir contestaciones relacionadas con el problema de investigación. Para la recolección de la información se elaboraron tres diferentes guías de tema las cuales sirvieron para recordar las preguntas así como guías de observación las cuales sirvieron de apoyo para complementar y obtener otros datos tales como la comunicación no verbal y entusiasmo de los participantes.

Inicialmente se tenía planeado realizar entrevistas grupales a usuarios y prestadores del servicio social de la Casa Universidad Molino de San Roque, sin embargo en el momento de realizar la entrevista no se contó con las personas necesarias para este evento por lo cual se procedió a realizar una entrevista grupal que es cuando el investigador reúne grupos de personas para que hablen sobre sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas y libremente fluyentes[23], así se realizaron estas entrevistas con los prestadores de servicio ya que con los directivos y usuarios, se realizaron entrevistas focalizadas que es un tipo de interacción que tiene formas variadas en su interior,[37] y que permite obtener más detalle cuando ha analizado, previamente la situación objeto de la entrevista.

Con respecto a la negociación de acceso[22], dice que es un problema común en la investigación cualitativa ya que implica penetrar a las culturas grupales, perspectivas y realidades ajenas, constituidas por muchas captas y que no todas ellas están al mismo tiempo a nuestras percepciones, además porque nos enfrentamos a múltiples realidades, en situaciones diferentes y en momentos distintos.

En este caso nuestro portero fue el directivo de la Casa Universidad "Molino de San Roque" Psicólogo Héctor Cruz González. Ante él se realizaron las gestiones de ingreso para el presente estudio, lo que nos permitió acceder a nuestras variables discursivas.

6.2.4.2. Presentación y descripción de los instrumentos utilizados en la recolección de la información

6.2.4.2.1. Presentación y descripción de la validación de los instrumentos

Para el apartado cualitativo se diseñaron tres guías de tema para cada uno de los diferentes estratos de la muestra (Anexo 4 y 5) y que contienen preguntas relacionadas con los objetivos planteados inicialmente en el documento, con la intención de conocer actitudes y creencias. Éstas fueron elaboradas por grupos extremos: profesores del módulo Gestión del Conocimiento I, del Instituto de Salud Pública y estudiantes de la Maestría, posterior a la aplicación del instrumento a potenciales informantes (una población con características semejantes pero que no pertenece a la población de estudio) se obtuvo el producto final.

6.2.4.2.2. Presentación y descripción de los resultados de la prueba piloto

Se logró realizar una entrevista focalizada al directivo de la Casa Universidad "Coyopolan" de quien obtuvimos información muy importante con respecto a los retos que él tiene que enfrentar como coordinador, en el Anexo 5 se puede encontrar información con respecto a dicha entrevista.

6.2.5. Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

6.2.5.1. Descripción de los procedimientos empleados para el procesamiento de la información

Se elaboraron guías de tema para las entrevistas las cuales se realizaron a los tipos sociales cuya respuesta se grabó, posteriormente se transcribió la grabación mediante el software de reconocimiento de voz Dragón naturally speaking versión 9.0 a un documento en Word, donde se procedió a codificar y a través de una tabla de conceptos, clasificándolas en conceptos y subconceptos para finalmente elaborar el espectro del discurso

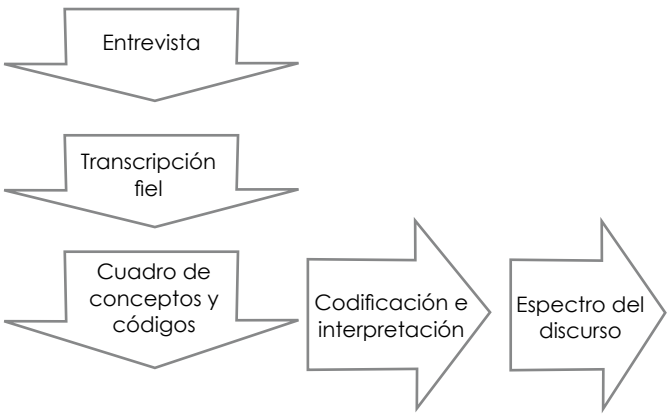
6.2.5.2. Indicadores utilizados para la descripción

Para la descripción del espectro del discurso se utilizaron los indicadores de consistencia, variabilidad, casos extremos, cuantificando las veces que se repetía en cada abordaje y sumándolo. La consistencia del discurso puede entenderse cuando tres cuartas partes o más de las variable discursivas comparten los mismos códigos. La variabilidad consiste en la forma en que adquiere la distribución del discurso, considerando de acuerdo a la experiencia que esta condición se presenta cuando dos cuartas partes de la variable discursivas comparten el mismo código. Los casos extremos serán las opiniones extremas expresadas y codificadas en al menos una cuarta parte de la variable.[38]

6.2.5.3. Técnicas utilizadas para el análisis

Se realizo la entrevista, se transcribió la información, se codifico de acuerdo a los conceptos y subconceptos elaborados y finalmente se elaboro el espectro del discurso, el cual fue analizado de acuerdo a los indicadores antes descritos de consistencia, variabilidad y casos extremos.

Figura 1. Procesamiento de la información

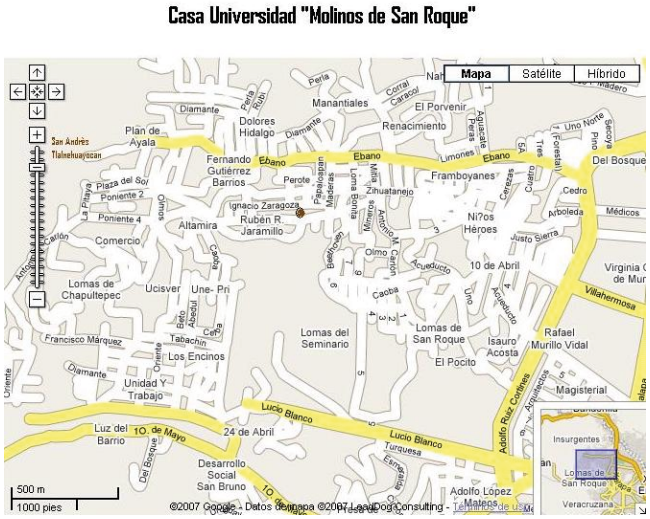


7. RESULTADOS

7.1. Localización geográfica de la sede

La Casa Universidad "Molino de San Roque" se encuentra ubicada en el interior del Parque Ecológico Molino de San Roque de la colonia Veracruz en la periferia de la zona norte de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México. Fig. 2

Figura. 2 Ubicación Geográfica



Fuente: 2007 google-datos de mapa.LeadDog Consulting

7.2. Características físicas de la sede

El inmueble consta de:

- Un consultorio odontológico equipado con una unidad dental hidráulica con escupidera, lámpara, taburete, horno de calor seco e instrumental necesario.
- Un consultorio médico en el que se encuentra un archivero, un escritorio, tres sillas y un gabinete con medicamentos.
- Un consultorio multidisciplinario ya que se utiliza para el área de enfermería, bioanálisis y nutrición, en el se encuentra un archivero, un gabinete, un televisor, una mesa de exploración, tubos de ensayo, una gradilla, una centrífuga.
- Un salón de usos múltiples con sillas, mesas y un librero.
- Centro comunitario digital UV en el que hay 11 equipos de cómputo de escritorio, una impresora y mobiliario de oficina.
- Bodega con estantes y cajas para archivar
- Cocina con una estufa, horno, plancha y utensilios de cocina.
- Dos baños hidráulicos y uno seco el cual se encuentra en el exterior del inmueble.
- En la pequeña sala de espera, se encuentra una báscula, sillas y para la recepción un escritorio.

7.3. Características del personal de salud

El inmueble de la Casa de la Universidad Molino de San Roque, tiene un enfoque ambientalista, sin embargo, en él se ofrecen servicios de salud básicos, por lo que cuenta con personal capacitado para ello, en su mayoría, prestadores de servicio social del área de la salud. A continuación se mencionan algunos datos descriptivos del personal que allí labora.

Horario de base: 9 – 2 p.m.
Directivos:
Coordinador general de Casa Universidad: Psicólogo Héctor Cruz González
Coordinadora de campo: C.D Nardeth Pale Solís
Prestadores del servicio social
Tres Odontólogos

Tres Nutriólogos
Un Médico
Una Enfermera
Un Químico Clínico
Un Técnico Protesista Dental
Este espacio es compartido por un médico y una enfermera adscritos al Centro de Salud José A. Maraboto para brindar servicios de atención a la salud a los beneficiarios del programa de Oportunidades, sin embargo, es importante aclarar que su población de responsabilidad es diferente a la que se atiende en la Casa de la Universidad Molino de San Roque.

7.4. Servicios que se ofrecen en la sede

Tabla 19. Servicios que ofrece la Casa Universidad Molino de San Roque

Atención Curativa	Educación para la salud
• Consultas médicas • Extracciones dentales, profilaxis, amalgamas, técnica de cepillado, aplicación de flúor y platicas de higiene bucal • Elaboración de prótesis total y prótesis parcial removible. • Análisis clínicos: biometría hemática, EGO. Química sanguínea parcial, grupo sanguíneo, perfil de lípidos, etc.	• Medidas preventivas • Promoción para la salud • Nutrición (orientación nutricional, • taller de comida alternativa, • valoración nutricional)
Salud ambiental	Asesorías
• Talleres de reciclaje • Separación de residuos sólidos • Recolección de pilas	• Taller de computación (paquetería básica) • Orientación psicológica • Servicio médico por parte del programa "Oportunidades"

7.5. Resultados (Ver gráficas en anexo 6)

7.5.1. Derivados de análisis cuantitativo

7.5.1.1. Características sociodemográficas

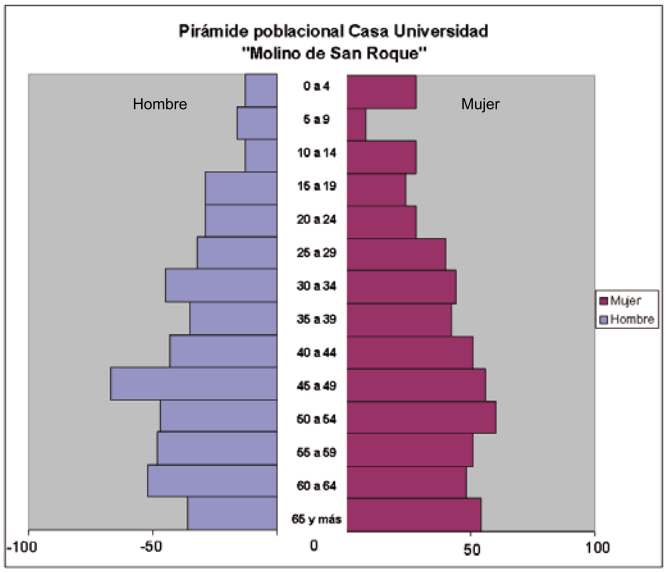
Tabla 20. Características socio – demográficas.

Distribución de edad por grupos quinquenales y por sexo de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre del 2007			
Grupo edad en años	Hombre	Mujer	Total
Menores de 1	8	13	21
1 a 4	36	54	90
5 a 9	52	48	100
10 a 14	48	51	99
15 a 19	47	60	107
20 a 24	67	56	123
25 a 29	43	51	94
30 a 34	35	42	77
35 a 39	45	44	89
40 a 44	32	40	72
45 a 49	29	28	57
50 a 54	29	24	53
55 a 59	13	28	41
60 a 64	16	8	24
65 y más	13	28	41
No especificado	2	3	5
Total	515	578	1093

Fuente: Encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver.Diciembre 2007

La tabla 20 muestra la distribución por grupos quinquenales de edad y por sexo, el cual permite observar que el grupo con mayor población es el femenino con 578 personas sobre el masculino con 515. El grupo de edad con mayor frecuencia de personas es el de 20 a 24 años con un total de 123, seguido por el de 15 a 19 con 107 personas siendo en el primer caso mayor en hombres y el segundo en mujeres.

Figura 3. Pirámide poblacional[b]



Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

La pirámide poblacional tiene una forma de bulbo o regresiva con una base estrecha, ensanchando hacia el centro y disminuyendo en el vértice, lo que nos muestra una población eminentemente joven, lo que significa que es un grupo productivo, que les permite un nivel económico familiar entre medio y alto. Los menores de un año únicamente representan el 1.9 por ciento del total de la población, lo que se traduce con una baja de la tasa de natalidad. El 5.9 por ciento corresponde al grupo de edad mayores de 60 años que integrados a los grupos de 0-14 años expresa un 32.1 por ciento de población no productiva.

Se trata de una población regresiva con un marcado proceso de envejecimiento.

[b] *Pirámide poblacional: tomada de la tabla 20. Distribución de edad por grupos quinquenales y por sexo en el año 2007 de la población de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque.*

Tabla 21.

Razón hombre mujer 2007[9]
0,89

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

La relación que existe entre hombre y mujeres es de .89 lo que significa que por cada 100 mujeres hay 89 hombres. (Tabla 21)

Tabla. 22.

Tasa bruta mortalidad 2007[10] de la población de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque. Xalapa, Ver. 2007	
TBM	21.04

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

La tasa bruta de mortalidad indica que en la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" mueren 21 personas por cada 1000 habitantes. (Tabla 22)

Tabla 23.

Tasa bruta natalidad 2007[11] de la población de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque. Xalapa, Ver. 2007	
TBN	16.5

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Este cuadro muestra la tasa bruta de natalidad la cual indica que en la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" se registran 165 nacimientos por cada 10,000 habitantes.(Tabla 23)

Tabla 24.

Tasa crecimiento natural 2007[12] de la población de responsabilidad de La Casa Universidad Molino de San Roque. Xalapa, Ver. 2007	
TCN	− 5

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Con los datos anteriores, la Tasa de crecimiento natural de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" es negativa; el resultado negativo

se explica porque en la población de estudio durante el año 2007 hubo mayor número de defunciones que de nacimientos; esto quiere decir que la población en ese año en lugar de crecer disminuyó.

Tabla 25.

Tasa de fecundidad general 2007[13] de la población de responsabilidad de La Casa Universidad Molino de San Roque. Xalapa, Ver. 2007	
TFG	56.07

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Para el grupo de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) encontramos una tasa de fecundidad de 56 nacimientos por cada mil.

Tabla 26.

Distribución de residencia por colonia de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" Xalapa, Ver. Diciembre 2007		
Colonia		Total
Lomas de San Roque		68
Lomas del Seminario		41
Veracruz		126
Jaramillo		16
Total		251

Fuente: Encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa. Diciembre 2007

La población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" se encuentra distribuida en 4 colonias; Lomas de San Roque, Lomas del seminario, Veracruz y Jaramillo, encontrando la mayor concentración de la población en la colonia Veracruz debido a su extensión territorial ya que es la más grande de las 4 colonias con un total de 126 viviendas; 110 más que en la colonia Jaramillo la cual es la más pequeña con un total 16 viviendas. (Tabla 26)

Tabla 27.

Distribución de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" por nivel de escolaridad en personas mayores de 12 años. Xalapa, Ver. Diciembre 2007		
Grado de escolaridad	Frecuencia	Proporción
Ninguno	44	6
Primaria	192	24
Secundaria	243	31
Carrera técnica o comercial (después de la preparatoria)	48	6
Bachillerato	137	17
Carrera técnica o comercial (después de la preparatoria)	26	3
Licenciatura	90	11
Maestría	12	2
Total	792	100

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

En la distribución de la población por escolaridad en personas de 12 años y más se puede notar que la mayor proporción se encuentra en estudios terminados de secundaria con el 31 por ciento (243 personas), mientras que el nivel de escolaridad más alto se encuentra representado por solamente el 2 por ciento de la población; es decir sólo 12 personas de 1093 han concluido sus estudios de maestría. (Tabla 27)

Tabla 28.

Distribución de la población analfabeta de 15 años y más en el 2007 de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007		
Sexo	Alfabeta	Analfabeta
Hombre	367	8
Mujer	407	26
Total	774	34
Porcentaje		4,014 %

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

En la población de estudio se encontró que de 808 personas de 15 años y más 774 son alfabetas y 34 analfabetas, esto quiere decir que del total de esta población el 4 por ciento es analfabeta, que comparado con el municipio que es del 6 por ciento es inferior y más para el estado (14.2 por ciento) que representa casi la tercera parte.

Tabla 29.

Distribución de nivel económico familiar de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007			
Nivel económico		Total	Proporción
Bajo		41	16.3
Alto		123	49.0
Medio		87	34.7
Total	251	100	

Fuente: Encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

La población de estudio en cuanto al nivel económico (Tabla 29) se encuentra dividida en bajo, medio y alto, en la cual la mayor proporción la encontramos en el nivel económico alto con un 49 por ciento, seguido del nivel económico medio y bajo con un 34.7 por ciento y 16.3 por ciento respectivamente.

Tabla 30.

Hacinamiento en la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" Xalapa, Ver. Diciembre 2007	
Hacinamiento	Frecuencia
Con	93
Sin	158
Total	251

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

En la tabla No. 30 se puede observar que de 251 viviendas de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" 93 se encuentran en hacinamiento, lo que quiere decir que tres o más personas utilizan un solo cuarto para dormir.

Tabla 31.

Viviendas en condiciones desfavorables y presencia de enfermedades diarreicas agudas de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" Xalapa, Ver. Diciembre 2007				
Nivel económico	Con factor de riesgo (FR)	Sin factor de riesgo	Total	Proporción de viviendas como FR
Bajo	26	15	41	63.4
Medio	75	48	123	61.0
Alto	48	39	87	55.2
Total	149	102	251	60

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

La tabla 31 da un panorama sobre las viviendas que pueden representar un factor de riesgo para enfermarse de diarrea aguda, encontrando que de las 251 viviendas encuestadas 149 representan un riesgo siendo éste el 60 por ciento del total de las viviendas. Con respecto al nivel económico la mayor proporción se encuentra en el nivel económico bajo seguido del medio y alto respectivamente.

Tabla 32.

Viviendas en condiciones desfavorables y presencia de infecciones respiratorias agudas de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" Xalapa, Ver. Diciembre 2007				
Nivel económico	Con factor de riesgo (FR)	Sin factor de riesgo	Total	Proporción de viviendas como FR
Bajo	28	13	41	60.3
Medio	55	68	123	44.7
Alto	42	45	87	48.3
Total	125	126	251	48.3

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

La presencia de infecciones respiratorias agudas puede estar relacionada con las condiciones desfavorables de la vivienda que representen un factor de riesgo, en esta tabla encontramos que de las 251 viviendas encuestadas 125 representan un riesgo siendo éste de 48.3 por ciento del total de las viviendas (Tabla 32). Con respecto al nivel económico la mayor proporción se encuentra en el nivel económico bajo con 60.3 por ciento seguido del alto y medio con un 44.7 por ciento y 48.3 por ciento respectivamente.

7.5.1.2. Identificación de los daños

7.5.1.2.1. Morbilidad

7.5.1.2.1.1. Incidencia[c]

Tabla 33.

Infección respiratoria aguda (IRA) en niños menores de 5 años en el 2007. Incidencia acumulada (IA) general por edad y sexo de la población de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque					
Edad	Hombre	Mujer	IA Hombres %	IA Mujeres %	IAT%
0	6	3	75	23,1	42,9
1- 4	27	33	75	61,1	66,7
Total	33	36	75	53.7	62
		69			

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

En la tabla 33 se puede observarla incidencia acumulada tanto la general como por grupo de edad y por sexo; se encontraron 69 casos nuevos de IRA n menores de 5 años

[c] *IA: casos nuevos de enfermedad acumulados en un periodo determinado de tiempo dividido por la población en riesgo.*

lo que representa que un 62 por ciento de esta población enfermo en el último mes del 2007, es importante notar que la incidencia de esta enfermedad fue mayor en la población masculina.

Tabla 34.

Infección respiratoria aguda en el adulto mayor[14] en el 2007. Incidencia acumulada por sexo de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007		
Sexo	Frecuencia	IA%
Hombre	7	24,1
Mujer	19	52,8
Total	26	40

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque.

Se encontraron 26 casos nuevos de infecciones respiratorias agudas en diciembre del 2007 con respecto al total de la población en riesgo de 60 años y más. Lo que nos dice que el 40 por ciento de la población enfermo de IRAS en el último mes del 2007 (Tabla 34).

Tabla 35.

Enfermedad diarreica aguda (EDAS) en niños menores de 5 años en el 2007. Incidencia acumulada por edad y sexo de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007					
Edad	Hombre	Mujer	IA Hombres	IA Mujeres	IA%
0	3	1	37,5	7,7	19,05
1. - 4	5	5	13,9	9,3	11,1
Total	8	6	18.2	9	12,6
	14				

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

En la tabla 35 se puede observar la incidencia acumulada tanto general como por grupo de edad y por sexo; se encontraron 14 casos nuevos de EDAS en niños menores de 5 años lo que representa que un 12.6 por ciento de esta población enfermo en el último mes del 2007, es importante notar que la incidencia de esta enfermedad fue mayor en la población masculina en el grupo de edad menor a un año.

Tabla 36.

Infección de vías urinarias en mujeres de 15 años y más. Incidencia acumulada general y por grupos de edad de la población de responsabilidad de la "Casa Universidad Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007		
Grupo edad	Frecuencia	IA %
15 a 19	7	1,7
20 a 24	8	2,0
25 a 29	8	2,0
30 a 34	8	2,0
35 a 39	11	2,7
40 a 44	8	2,0
45 a 49	7	1,7
50 a 54	5	1,2
55 a 59	2	0,5
60 a 64	2	0,5
65 y más	9	2,2
Total	75	18,3

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Se encontraron 75 casos nuevos de infección en vías urinarias (IVUS) en diciembre del 2007 con respecto al total de la población en riesgo, es decir el total de la población de 15 años y más. Lo que nos dice que el 40 por ciento de la población enfermo de IVUS en el último mes del 2007 (Tabla 36).

Tabla 37.

Accidentes de transporte en vehiculo de motor en personas mayores de 16 años durante los últimos 8 años de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007 Incidencia acumulada general por sexo y grupo de edad.			
Grupo edad [15]	Hombre	Mujer	IA%
15 a 19	2	0	1,87
20 a 24	3	0	2,44
25 a 44	6	11	5,12
45 a 49	3	0	5,26
50 a 54	1	0	1,89
55 a 59	2	2	9,76
60 a 64	0	1	4,17
65 y más	1	2	7,32
Total	18	16	4,37
	34		

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

En diciembre del 2007 se registraron 34 casos nuevos de accidentes de tránsito con respecto al total de la población en

riesgo, es decir el total de la población que conduce. Lo que nos dice que el 4.37 por ciento de la población se accidento en el último mes del año, siendo el grupo de 55 a 59 años los que más incidieron con un 9.76 por ciento. (Tabla 37)

Tabla 38.

Infarto agudo de miocardio. Incidencia acumulada general por grupo de edad y sexo de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007					
Grupo	Hombre	Mujer	IA Hombres	IA Mujeres	IA%
20 a 24	0	2	0	3,6	1,6
25 a 44	4	0	2,6	0,0	1,2
45 a 49	1	0	3,4	0,0	1,8
50 a 54	0	1	0	4,2	1,9
55 a 59	0	2	0	7,1	4,9
60 a 64	2	1	25	3,6	12,5
65 y más	2	1	12,5	0,1	7,3
Total	9	7	2,8	2,0	2,38

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

En la Tabla No. 38 se puede observar que la incidencia acumulada general es del 2.38 por ciento, este porcentaje representa a las personas que sufrieron un infarto sobre el total de la población en riesgo, mayores de 20 años. Teniendo la mayor incidencia el grupo de los hombres con un 2.8 por ciento sobre un 2 por ciento de las mujeres.

7.5.1.2.1.2 Prevalencia[d]

Tabla 39.

Hipertensión arterial sistémica. Prevalencia general y por grupos de edad en el periodo 2000 2007 de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007		
Grupo	Frecuencia	Prevalencia %
20 a 24	5	4
25 a 44	23	7
45 a 49	6	11
50 a 54	9	17
55 a 59	10	24
60 a 64	8	33
65 y más	13	3
Total	74	11

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

[d] *Prevalencia: Casos existentes de enfermedad en un momento determinado del tiempo dividido por la población en riesgo*

En el estudio se encontraron 74 casos de hipertensión arterial (HTA) en el periodo 2000 – 2007 con respecto al total de la población en riesgo, es decir el total de la población de 20 años y más. Lo que nos dice que el 11 por ciento de la población aseguró tener (HTA) en el último mes del 2007. (Tabla 39)

Tabla 40.

Diabetes Mellitus. Prevalencia general y por grupo de edad de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007		
Grupo	Frecuencia	Prevalencia %
20 a 24	1	0,8
25 a 44	10	3,0
45 a 49	3	5,3
50 a 54	10	18,9
55 a 59	8	19,5
60 a 64	6	25,0
65 y más	10	24,4
Total	49	7,3

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Se encontraron 49 casos de Diabetes Mellitus en diciembre del 2007 con respecto al total de la población en riesgo, es decir el total de la población de 20 años y más. Lo que nos dice que el 7.3 por ciento de la población aseguró tener Diabetes al momento de la entrevista.

Tabla 41.

Alcoholismo. Prevalencia general y por grupos de edad de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007		
Grupo	Frecuencia	Prevalencia
15 a 19	1	1,3
20 a 24	6	4,9
25 a 44	15	4,5
45 a 49	5	8,8
50 a 54	3	5,7
55 a 59	2	4,9
60 a 64	1	4,2
Total	33	4,7

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Se encontraron 33 casos de Alcoholismo en diciembre del 2007 con respecto al total de la población en riesgo, es decir el total de la población de 12 años y más. Lo que nos dice que el 4.7 por ciento de la población aseguró que algún integrante de la vivienda era alcohólico al momento de la entrevista.

7.5.1.3. Evaluación de factores de riesgo

7.5.1.3.1 Factores de riesgo para enfermar

7.5.1.3.1.1. Infección de respiratoria aguda en menores > de 5 años

Tabla 42. Infección de respiratoria aguda en menores > de 5 años

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Sin lactancia materna	0.97	(0.68- 1.40)
Con exposición a humo de leña	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Con exposición a humo de tabaco	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Esquema incompleto de pentavalente	1.66*	(1.31 - 2.11)
Esquema incompleto de anti-influenza	1.93*	(1.45 - 2.57)
Responsable del menor es analfabeta	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Responsable del menor no está capacitado en el manejo de la infección respiratoria aguda.	1.46*	(1.04 - 2.04)
Nivel económico familiar bajo / alto	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Nivel económico familiar bajo / medio	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), se presentan en todos los grupos de edad pero con franco predominio en niños menores de 5 años. Las IRAS, al igual que en el resto del país son la primera causa de consulta en las unidades de salud en el estado por todos los grupos de edad con el 56 por ciento. En este estudio al identificar los factores de riesgo para las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 5 años de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" en los meses Noviembre - Diciembre del 2007, se contó con un universo de 111 menores de 5 años, de los cuáles enfermaron 69 correspondiendo al 62.1 por ciento.

El registro primario fue la encuesta con variables para este daño, tales como: lactancia materna, cocinar con leña, esquema incompleto de vacuna Pentavalente, Neumococo e influenza, la capacitación del Responsable del menor en el manejo de IRAS, alfabetismo y el nivel económico bajo.

Se concluyó según el análisis de los datos recabados que el menor con esquema incompleto de vacunación de Pentavalente tiene un riesgo de 1.6 veces mayor de enfermar que los vacunados (RR 1.66 IC 1.31 - 2.11), Neumococo (RR 2.01), Influenza (RR 1.93), y la falta de capacitación del responsable del menor (1.46), constituyeron factor de riesgo para las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS).

Sin embargo la lactancia materna no representó un riesgo para este grupo de resultados (RR 0.97). Ya que únicamente 23 menores carecieron de lactancia de los cuáles 14 enfermaron de IRAS.

El cocinar con leña dado que únicamente una de las viviendas en donde habitan los menores, cocina con este tipo de combustible, no podemos argumentar si presenta un factor de riesgo para enfermar de IRAS. Lo mismo para analfabetismo (no saber leer ni escribir) tampoco representó un factor de riesgo, ya que sólo 4 de los 75 responsables de los menores manifestaron está condición.

7.5.1.3.1.2. Infección respiratoria aguda en el adulto mayor (sujetos ≥ 60 años)

Tabla 43. Infección respiratoria aguda en el adulto mayor (sujetos ≥ 60 años)

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Con exposición a humo de leña	1.72*	(0.32 - 9.23)
Con exposición a humo de tabaco	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Esquema incompleto de anti-influenza	1.21*	(0.68 - 2.17)
Esquema incompleto de anti-neumocóccica	1.88*	(0.94 - 3.76)
Con diabetes	2.41*	(1.37 - 4.25)
Con hipertensión	1.68*	(0.94 - 2.98)
Con algún tipo de cáncer	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Nivel económico familiar bajo/alto	2.55*	(1.10 - 5.90)
Nivel económico familiar bajo/medio	3.43*	(1.59 - 7.39)

En este estudio al identificar los factores de riesgo para las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en sujetos de 60 años y más de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" en los meses de noviembre y diciembre del 2007. Del tamaño total de nuestra muestra 65 personas de 60 años y más, 13 presentaron un cuadro de Infección Respiratoria Aguda (IRAS).

El registro primario fue la encuesta con variables para este daño, tales como: cocinar con leña, esquema incompleto de vacunación con Influenza y Neumococo, padecer diabetes, hipertensión o cáncer, tener un nivel socioeconómico bajo, y ser fumador activo.

Se concluyó según el análisis de los datos recabados que para adulto de 60 años y más:

Cocinar con leña, la persona tiene casi el doble de posibilidad de enfermarse que las personas que cocinan con gas (RR= 1.72).

Contar con esquema incompleto para la Influenza tiene una posibilidad de enfermar en comparación con los menores que tienen un esquema de vacunación completo (RR= 1.21), tener esquema incompleto de Neumococo representa casi el doble de posibilidad de enfermar de IRAS (RR= 1.88).

La diabetes implicó también un riesgo de dos veces más la posibilidad de enfermarse que las personas sin diabetes (RR= 2.41). Las personas con hipertensión tienen un riesgo relativo de 1.68 veces más de padecerlas.

El nivel socioeconómico bajo es una determinante para enfermar de IRAS, con el doble de posibilidad de enfermar que una persona de un nivel socioeconómico alto. Y es 3 veces más probable que enferme en comparación con una persona de nivel socioeconómico medio (RR= 3.43).

Padecer cáncer y el fumar no representó un factor de riesgo significativo. Ya que de las 11 personas enfermas de IRAS ninguna manifestó tener esta condición.

7.5.1.3.1.3. Enfermedad diarreica aguda en niños < 5 años de edad

Tabla 44. Enfermedad diarreica aguda en niños < 5 años de edad

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Vivienda sin drenaje	4.76*	(0.63 - 38.85)
Vivienda con piso de tierra	5.45*	(1.21 - 24.59)
Almacenan la basura dentro de la vivienda	0.71	(0.50 -5.87)
Basura almacenada dentro de la vivienda sin tapar	3.71*	(0.89 - 15.48)
Sin lactancia materna	2.21*	(0.78 - 6.25)
Consume agua potable	0.09	(0.01 -0.64)
No desinfecta o no lava frutas-verduras	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
El responsable del < 5 años no se lava las manos antes de comer ni después de ir al baño	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Al < 5 años no le lavan las manos antes de ir a comer	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Al < 5 años no le lavan las manos después de ir al baño	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Nivel económico familiar bajo/alto	2.25*	(0.53 - 9.63)
Nivel económico familiar bajo/medio	3.80*	(1.37 - 10.53)

En los 111 menores de 5 años encontramos 11 casos de Enfermedad Diarreica Aguda ocurridos entre los meses de noviembre y diciembre del 2007.

Entre los resultados producto de esta investigación encontramos una estrecha relación entre la falta de drenaje, que es cuatro veces mayor el riesgo de enfermar por esta condición (RR=4.76), dado que de los 11 menores que enfermaron 10 no contaban con drenaje.

Así como tener con piso de tierra es cinco veces mayor el riesgo de enfermar (RR= 5.45), y el almacenar la basura dentro de la vivienda y sin taparla es tres veces mayor la posibilidad de enfermar (RR= 3.71).

La falta de lactancia materna representó un factor de riesgo ya que es dos veces más probable que el menor enferme de EDAS (RR= 2.21). El que el responsable del menor no sepa leer y escribir implica la posibilidad cuatro veces mayor de que el menor enferme (RR= 4.46). El nivel socioeconómico bajo implicó que por cada tres niños de este nivel, enferma un niño del nivel socioeconómico alto.

Por otro lado comparando el almacenar basura dentro y fuera de la vivienda, el factor de riesgo es de casi el doble de enfermar de EDA (RR= 1.71).

7.5.1.3.1.4. Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años de edad

Tabla 45. Infección de vías urinarias en mujeres ≥ 15 años de edad

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Con diabetes	2.37*	(1.99 - 4.36)
Con algún tipo de cáncer	1.27*	(0.46 - 3.50)
Con infección por VIH	5.51*	(4.49 - 6.78)

Con inmunosupresión	0,89	(0.14 - 5.64)
Uso baños públicos	1.50	(0.88 - 2.57)
Ingiere menos de 2 litros de agua al día	1.07	(0.70 - 1.65)
Consumo diario de refresco	1.07	(0.71 - 1.61)
Consumo diario de alimentos chatarra	6.90*	(1.74 - 27.40)
No utiliza preservativo	5.27*	(3.38 - 8.22)
Sin baño diario	1.10*	(0.69 - 1.78)
Con técnica inadecuada de limpieza genital después de la micción	1.03*	(0.63 - 1.70)

En este estudio al identificar los factores de riesgo para las Infecciones de vías urinarias en mujeres de 15 años y más de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" al momento de responder esta encuesta en los meses de noviembre y diciembre del 2007. Del tamaño total de nuestra muestra 409 mujeres de 15 años y más, 75 manifestaron contar con este daño.

El registro primario fue la encuesta con variables para este daño, tales como: padecer diabetes, tener algún tipo de cáncer, ser VIH positivo, inmunosupresión, uso de baños públicos, el ingerir menos de dos litros de agua, consumo diario de refrescos y de alimentos chatarra, entre otras.

Se concluyó según el análisis de los datos recabados que para este grupo de personas, después de obtener la razón de momios (OR) a un intervalo de confianza del 95 por ciento que:

Una persona con diabetes tiene el doble de posibilidad de padecer IVUS (RR 2.37). Una persona infectada con el virus de VIH tiene 5 veces más la posibilidad de padecer IVUS que una no infectada (RR 5.51).

El consumo diario de alimentos chatarra implica casi 7 veces más el riesgo de enfermar de IVUS, que una persona que no las consume (RR 6. 90).

o usar preservativo en las relaciones sexuales tiene 5 veces más el riesgo de padecer infección de vías urinarias.

Uso cotidiano de baños públicos tiene casi el doble de posibilidad de padecer una Infección de vías urinarias (RR 1.50)

Padecer algún tipo de cáncer (RR 1.27), ingerir menos de 2 litros de agua (1.07), el no bañarse diariamente (RR 1.10), y el tener una mala técnica de limpieza genital (RR 1.03), tienen la misma posibilidad de enfermar de IVUS que una persona que no tenga esta condición.

Para la variable tener inmunosupresión no podemos argumentar que sea un factor de riesgo (RR 0.89).

7.5.1.3.1.5. Accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos > 16 años

Tabla 46. Accidentes de transporte en vehículo de motor en sujetos > 16 años

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Sexo masculino	1.16*	(0.56 - 2.40
Edad < 25 años	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Conduce cuando ha ingerido bebidas alcohólicas	4.05*	(1.41 - 12.97)
Conduce con exceso de velocidad	2.40*	(0.86 - 6.67)
El vehículo recibe mantenimiento cada más de seis meses.	0.67	(0.17 - 2.45)

En este estudio al identificar los factores de riesgo para los accidentes de tránsito por vehículos de motor en menores de 25 años de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" al momento de la encuesta en diciembre del 2007, se encontró:

El registro primario fue la encuesta con variables para este daño, tales como: ser menor de 25 años, manejar alcoholizado, uso de cinturón de seguridad, ser hombre, conducir con exceso de velocidad, y darle mantenimiento al auto en un periodo mayor de 6 meses.

Se concluyó según el análisis de los datos recabados que ser hombre tiene la misma posibilidad de sufrir un accidente que una mujer (OR 1.16). Conducir alcoholizado representa cuatro veces más la posibilidad de accidentarse que las personas que no manejan bajo el influjo del alcohol (OR 4.05). El exceso de velocidad implica el doble de posibilidad de accidentarse (RR 2.40).

Con relación a la edad y el mantenimiento al vehículo no podemos argumentar si representan ser factores de

riesgo, dado que las 7 personas menores de 25 años de la muestra, todos sufrieron accidentes de tránsito de un total de 548 personas dándonos un porcentaje de 1.2 por ciento; en cuanto al mantenimiento del auto el porcentaje de datos perdidos fue mayor del 20 por ciento (32 datos), por lo que no se realizó el análisis de razón de momios.

7.5.1.3.1.6 Infarto agudo de miocardio

Tabla 47. Infarto agudo de miocardio

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Edad > 40 años	4.09*	(1.01 - 19-19)
Sexo masculino	1.19	(0.33 - 4.29)
Obeso	0.86	(0.24 - 3.11)
Con hipercolesterolemia	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Con hipertrigliceridemia	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Con tabaquismo	4.08*	(0.97 - 16.24)
Con alcoholismo	0.69	(0.03 - 5.49)
No realiza ejercicio físico	3.37*	(0.87 - 11.56)

En este estudio al identificar los factores de riesgo para el Infarto Agudo al Miocardio en personas de 40 años y más de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" al momento de responder esta encuesta en diciembre del 2007. Del tamaño total de nuestra muestra, 288 personas que pertenecen a este grupo de edad, 12 manifestaron contar con este daño.
El registro primario fue la encuesta con variables para este daño, tales como: tener 40 año o más, sexo masculino, realizar ejercicio, tabaquismo, alcoholismo.

Se concluyó según el análisis de los datos recabados que para adulto de 20 años y más, después de obtener la razón de momios (OR) a un intervalo de confianza del 95 por ciento que:

Contar con 40 años o más tiene 4 veces más probabilidad de infarto (RR 4.09), al igual que el tabaquismo (RR 4.08). Un dato que no podemos explicar es que hacer ejercicio presenta tres veces más la probabilidad de infarto (RR 3.07) que una persona que no lo realiza.
En cuanto al sexo, tiene la misma probabilidad un hombre de infarto que una mujer (RR 1.19)

Las demás variables como hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, alcoholismo y obesidad, no podemos argumentar que sean factores de riesgo para el infarto.

7.5.1.3.1.7. Daño: enfermedad por hipertensión arterial sistémica

Tabla 48. Enfermedad por hipertensión arterial sistémica

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Edad ≥ 20 años	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Sexo masculino	0.34	(0.19 - 0.60)
Tener familiar con hipertensión	4.66*	(2.72 - 7.99)
Obeso	1.36*	(0.81 - 2.28)
Con hipercolesterolemia	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Con tabaquismo	0.99	(0.46 - 2.09)
Con alcoholismo	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
No realiza ejercicio físico	0.53	(0.29 - 0.94)

Entre los 671 mayores de 20 años encontramos 74 casos de Hipertensión Arterial (HTA) ocurridos en los meses de noviembre y diciembre del 2007, comparados con los resultados producto de esta investigación encontramos una estrecha relación con el hecho de tener antecedentes (45 personas) en ellos es cuatro veces mayor la posibilidad de padecer este daño (OR 4.66).

Ser obeso implica aunque leve una mayor posibilidad de enfermar (RR 1.36) que una persona no obesa, al igual que las personas con hipercolesterolemia, ambas condiciones resultaron con la misma razón de momios.

El tabaquismo no podemos argumentarlo como factor de riesgo para la Hipertensión Arterial (OR 0.99), pues sólo 10 (13.5 por ciento) de los 74 casos manifestaron esta condición.

Lo mismo podemos comentar para el sexo masculino (OR 0.34), ya que el número de casos en mujeres fue mayor (55 Vs.19); existen en esta población casi tres mujeres hipertensas por un hombre.

Ninguna de las personas mayores de 20 años de nuestra muestra, con hipertensión declaró ser alcohólico.

7.5.1.3.1.8. Enfermedad por diabetes mellitus tipo 2

Tabla 49. Enfermedad por diabetes mellitus tipo 2

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Edad ≥ 65 años	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Sexo masculino	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Con diabetes	2.04*	(0.0 - 79.07)
Obeso	1.06	(0.0 - 40.67)
Hipercolesterolemia	2.33*	(0.0 - 90.56)
Con tabaquismo	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Con alcoholismo	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Sin apego a su tratamiento	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Con complicaciones por la diabetes	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo

Al identificar los factores de riesgo para la Diabetes Mellitus en adultos de 40 años y más de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" en los datos de la encuesta encontramos 288 personas de 40 años y más, de ellos 49 manifestaron padecerla.

El registro primario fue la encuesta con variables para este daño, tales como: ser mayor de 20 años, sexo masculino, contar con antecedentes familiares, la obesidad, no realizar alguna actividad física y ser alcohólico.

Se concluyó según el análisis de los datos recabados que para adulto de 20 años y más, después de obtener la razón de momios (OR) a un intervalo de confianza del 95 por ciento que:
Contar con antecedentes familiares tiene 13 veces más posibilidad de padecer diabetes mellitus (OR= 12.96).

Ser obeso representa más de cuatro veces la posibilidad de enfermar que los no diabéticos (OR= 4.56).
Para las variables edad (mayor de 40 años) (OR 0.05), el sexo (hombre) (0.86) y no hacer ejercicio (RR 0.36) no las podemos considerar como factores de riesgo.

7.5.1.3.2. Evaluación de factores de riesgo para mortalidad

7.5.1.3.2.1. Muerte por hipertensión arterial sistémica

Tabla 50. Muerte por hipertensión arterial sistémica

Factor de riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza
Edad ≥ 65 años	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Sexo masculino	Se ignora riesgo	Se ignora riesgo
Con diabetes	2.04*	(0.0 - 79.07)

Entre los 41 mayores de 65 años encontramos 2 casos de muerte por Hipertensión Arterial (HT) declarados al momento de la entrevista en los meses de noviembre y diciembre del 2007.

Entre los resultados producto de esta investigación encontramos una estrecha relación entre el hecho de tener hipercolesterolemia y el morir por hipertensión arterial, ya que la probabilidad es poco más del doble (OR 2.33). Al igual que sucede con la diabetes (OR 2.04).

Una persona obesa tiene la misma probabilidad de morir de hipertensión arterial que una no obesa (OR 1.06). En cuanto a las demás variables tales como sexo masculino, tener 65 años o más, tabaquismo y alcoholismo, no podemos determinarlos como factor de riesgo.

En cuanto a los demás daños priorizados para mortalidad tales como Diabetes, Cirrosis y Muerte por accidentes de

tránsito no fueron analizados dado que en el caso de Diabetes se presentó solo un caso. Por lo que al momento de realizar las tablas de doble entrada una casilla siempre quedaba vacía, puesto que no teníamos un elemento de comparación. Las muertes reportadas por cirrosis y muerte por accidente de tránsito correspondían a años anteriores al 2006, por lo que esos datos no fueron considerados para su análisis.

7.5.1.4. Recursos y programas de salud

7.5.1.4.1. Distribución por servicios de salud utilizados

Tabla 51. Distribución de servicios de salud utilizados por la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Servicio de salud	Frecuencia
PRIVADAS	362
IMSS	332
CENTRO DE SALUD	209
ISSSTE	53
NINGUNA	50
PEMEX	7
SEDENA	4
OTRAS	13
No sabe	33
No responde	30
Total	1093

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

La Tabla 51 muestra los servicios en salud que utiliza la población de responsabilidad de La Casa Universidad "Molino de San Roque" cuando padecen una afección y encontramos que el mayor porcentaje de la población total utiliza como medio curativo los servicios privados, en segundo lugar la institución del IMSS, en tercer lugar acude al Centro de Salud, el cuarto al ISSSTE, un porcentaje menor a ninguna lo que nos puede indicar que utilicen remedios caseros, y un pequeño porcentaje acude a PEMEX, SEDENA y a otras.

5.5.1.4.2. Distribución de la percepción de la calidad de los servicios de salud

Tabla 52. Distribución de la percepción que la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" tiene sobre la calidad de los servicios de salud utilizados. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Calidad en el servicio	Frecuencia
Bueno	111
Regular	104
Malo	21
No sabe	3
No responde	12
Total	251

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

La percepción de la población de la Casa Universidad "Molino de San Roque" referente a la calidad de los servicios de salud es como sigue: Una gran proporción los percibe como buenos, un porcentaje menor percibe el servicio regular y la minoría los percibe como malos, esto nos podría indicar que los servicios de salud tienen algunas áreas de mejora importantes.

7.5.1.4.3. Distribución de menores de 5 años según esquemas de vacunación

Tabla 53. Distribución de niños menores de 5 años según esquema de vacunación en el 2007

Cartilla de vacunación	Pentavalente		Neumococo		Influenza	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	70	64	43	39	60	54,1
NO	9	8	34	31	15	13,5
No tiene	17	15	17	15	18	16,2
No responde	14	13	16	15	17	15,0
Total	110	100	110	100	110	100

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Los datos de vacunación en niños menores de 5 años en la población de responsabilidad de La Casa Universidad "Molino de san Roque", evidencian que no todos tienen su esquema de vacunación completo, esto nos indica una área importante de mejora para los servicios y la posibilidad de recomendar capacitación a las madres o encargadas de atender a los menores de 5 años para evitar el riesgo de enfermar por los padecimientos que protegen estas vacunas.

7.5.1.4.4. Diabetes mellitus

Tabla 54. Proporción de pacientes diabéticos, población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" que reciben atención médica para su enfermedad y servicios de salud a los que acuden. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Servicio de salud	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	16	32.7
ISSSTE	8	16.3
Privada	7	14.3
SESVER centro de salud	5	10.2
IMSS oportunidades	2	4.1
PEMEX	1	2.0
MARINA O SEDENA	1	2.0
Sin atención	9	18.4
Total	49	100

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, ver. Diciembre 2007

En esta tabla se refleja que la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" que padece la enfermedad de Diabetes Mellitus, la mayor proporción de la encuestada, utiliza los servicios de el IMSS, una cantidad menor asiste al ISSSTE, le sigue en proporción la atención privada, continuando con el Centro de Salud e IMSS Oportunidades y en una mínima proporción acuden a PEMEX y SEDENA para obtener la atención en SESVER centro de salud y el control para el padecimiento.

7.5.1.4.5. Hipertensión arterial

Tabla 55. Proporción de pacientes con hipertensión arterial, población de la Casa Universidad "Molino de San Roque" que reciben atención medica para su enfermedad y servicios de salud a los que acuden. Xalapa, Ver. Diciembre 2007

Servicio de salud	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	27	35.5
ISSSTE	9	11.9
SESVER	3	4.0
Privada	12	15.8

Marina o SEDENA	2	2.6
IMSS oportunidades	2	2.6
Otro(especifique)	7	9.2
Sin atención médica	14	18.4
Población con Hipertensión arterial	6	100

Fuente: encuesta realizada a población de responsabilidad Casa UV Molino de San Roque. Xalapa, ver. Diciembre 2007 Diciembre 2007

Esta tabla de enfermos de hipertensión arterial de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" nos muestra que sólo 7 personas del total de los que la padecen no especifican donde llevan su control pero los pacientes restantes llevan su control en el IMSS, en segundo lugar en los servicios médicos privados, después en el ISSSTE y la restante en SESVER otras Institución de Salud, mientras que 14 personas no reciben atención.

7.5.2. Derivados del análisis cualitativo

7.5.2.1. Espectro del discurso

Tabla No.56. Espectro del discurso de la entrevista realizada a directivos de la Casa Universidad Molino de San Roque, en diciembre de 2007. Concepto: Reto

Subconcepto Variable discursiva	Reto en salud REsa	Reto en calidad REca	Reto en recursos REma	Reto en recursos humanos RErh	Reto en educación Reed	Reto en infra estructura REin	Reto en reconocimiento REre	Reto en confianza REco	Reto en estrategia REes	Reto en satisfacción del usuario REsu
Directivo 1	1	1	4	0	1	4	0	1	1	3
Directivo 2	0	3	1	1	1	1	1	0	1	4
Cualificación/ clasificación	1 Caso extremo	4 Consistencia	5 consistencia	1 Caso extremo	2 Variabilidad	5 consistencia	1 Caso extremo	1 Caso extremo	2 variabilidad	7 Consistencia

Fuente: Trascripción entrevista focalizada

De acuerdo a los indicadores utilizados para la descripción del especto del discurso[38] antes mencionada en el apartado 4.2.5.2., la consistencia se desprende de todas aquellas variables que fueron mencionadas por los directivos en repetidas ocasiones.

Clasificación de subconceptos acompañados con sus respectivos extractos sustraídos de la variable discursiva de los actores sociales:

- Retos en la calidad de los servicios: concepto que se menciona en variadas ocasiones lo que demuestra una preocupación por dar a las usuarias una buena atención,

"Entonces el reto principal sería estar al pendiente del personal que está laborando y también para ver la calidad del servicio que se está proporcionando"

• La misma situación se presenta en retos en recursos materiales ya que mencionan que por la falta de insumos no pueden dar un servicio de calidad a los usuarios de la casa.

"Pues no es excelente porque nos falta mucho equipo, mucho material para realmente solucionar un problema

necesidades de la población tiene que nos viene a solicitar y que no le podemos resolver".
• Retos en la infraestructura: ya que esta es insuficiente para dar un servicio de calidad a todos los usuarios y mencionan carecer de espacios adecuados y suficientes

"Los retos son básicos para nosotros, y un reto fundamental es la infraestructura, este la joven que vino a ver eso, la casa aun con la estructura que tiene y las limitaciones que da, se queda corta, ya que no tiene las condiciones para hacer unas cosas que pensamos".

• El reto en satisfacción a los usuarios ya que este es el objetivo de la casa atender a los usuarios y que estos salgan satisfechos y con su problema solucionado.

"Yo siento que si, así poder brindar un servicio bueno a la comunidad y a la población"

En cuanto a variabilidad tomamos en cuenta cuando la respuesta y la referencia que hacen a ella abarca dos cuartas partes de las variables discursivas, en esta categoría se encuentran:
• Reto en educación: que es uno de los objetivos principales de la casa, si no, el más importante pues en base a lo que refieren en la entrevista la idea de crear una conciencia ecológica en el usuario es primordial,

*"Bueno yo creo que una es el trabajo en equipo con los jóvenes pasantes de servicio social, es inculcarles responsabilid**ad**, este que esto conlleva checar sus horarios de salida, que están cumpliendo con su trabajo con lo que va de acuerdo a su área".*
• Reto en estrategia: este tema fue abordado por los directivos en cuanto a los métodos que toman con respecto a los prestadores de servicio pasantes de las carreras universitarias, para que cumplan con la atención hacia los usuarios con eficiencia e incrementar las competencias universitarias para dar una mayor cobertura en servicios a la población.

"No nada más en eso sino que también involucrarse en actividades que son importantes para la casa".

Por lo que respecta a los casos extremos, éstos se consideran cuando el tema se toca solamente en una cuarta parte de la pregunta de la entrevista que fue reto en salud:

• Reto en salud: se entiende que este tema se aborde muy poco puesto que la finalidad principal de la Casa no es dar servicio de salud,

"Otro reto importante es que se ha pensado en el trabajo coordinado con toda la UV. No tenemos la capacidad de carga eh, a pesar de que en la casa hay mas personal de salud no es el único servicio que se ofrece, tenemos casi de todas las áreas incluso de artes".

• El tema de recursos humanos es también poco abordado pues no se considera un gran reto, puesto que el personal que realiza su servicio social en la casa es suficiente y como pertenece a la UV, puede solicitar el recurso humano que sea necesario

"Bueno yo creo que una es el trabajo en equipo con los jóvenes pasantes de servicio social, es inculcarles responsabilidad".

• Recursos en reconocimiento este tema también se aborda muy poco por que los directivos de la casa no tienen aquí *un gran reto, es decir lo tienen contemplado dentro de su quehacer diario.*
"que yo creo que los elementos básicos los hemos ido sacado adelante las necesidades básicas ahí van saliendo"

• Recursos en estrategia, estas lo tienen ya implementado los directivos, en su trabajo constante con jóvenes pasantes.

"Bueno yo creo que una es el trabajo en equipo con los jóvenes pasantes de servicio social, es inculcarles responsabilidad, este que esto conlleva checar sus horarios de salida, que están cumpliendo con su trabajo".

Tabla 57. Espectro del discurso de la entrevista grupal realizada a prestadores del servicio social de la Casa Universidad Molino de San Roque en diciembre de 2007
Concepto: Percepción

Subconcepto / Variable Discursiva	Valoración en la calidad VAca	Valoración en la motivación VAmo	Valoración en la práctica VApr
Prestador de servicio 1	1	2	3
Prestador de servicio 2	0	2	2
Prestador de servicio 3	4	4	0
Prestador de servicio 4	0	1	2
Prestador de servicio 5	0	2	0
Prestador de servicio 6	0	0	3
Clasificación	5 variabilidad	11 consistencia	10 consistencia

Fuente: Trascripción entrevista focalizada

• El subconcepto valoración en la motivación: presenta consistencia ya que fue mencionada por casi todos los prestadores de servicio y por algunos de ellos frecuentemente.

"puede ser muy útil a muchas personas y entonces se siente una satisfecha".

"Aprender mucho más pues puede haber errores y también de ellos podemos aprenderlo creo que es muy importante la práctica, poder desarrollar más conocimientos"

"Bueno para mí el hecho de poder ayuda a las personas que lo necesitan en este caso a las personas más vulnerables por el lugar donde estamos ubicados pues es muy importante y deja una satisfacción el saber que si pude darles un poco de salida los problemas que tienen sobre todo de salud a los problemas que hay en su comunidad".

• La valoración en la práctica también tiene consistencia ya que aparece el abordaje de este tema en la gran mayoría de prestadores:
"y bueno por lo que he escuchado en los centros de salud hay más pacientes y se practica más, aquí casi no llegan pacientes y hacemos otras actividades y pues si más que nada todos estamos aquí para liberar el servicio".

"Cumplir un requisito pues porque ya la práctica la tenemos desde hace tiempo en diferentes áreas incluso en la carrera hacemos más cosas de lo que podemos hacer aquí por el equipo".

"Bueno sinceramente es culpa de mi papá mi papá hizo servicio, sociales es médico y también hizo a servicio social en campo y siempre me habló de estar con gente cercana a la gente así ahora, sí que con gente del pueblo es distinto"

• Valoración en la calidad, los prestadores de servicio abordan la calidad en su trabajo con poca frecuencia solo dos de ellos lo mencionan y uno de ellos en reiteradas ocasiones.

"Yo como ese era el principio de la entrevista, la calidad en el servicio y no he hablado de eso a mi si me gustaría hablar de eso, y creo que es inmejorable, dadas las condiciones".
"y además eso es un plus que estamos logrando con la comunidad, un habito de consultas a su médico para que ellos se hagan responsables de su salud, cada personas".
"Nada pues que todos tratamos de dar calidad en el servicio a pesar de no tener agua"

Tabla 58. Espectro del discurso de la entrevista focal realizada a usuarios de la Casa Universidad Molino de San Roque en diciembre de 2007
Concepto: Percepción

Subconcepto / Variable discursiva	Percepción en salud PEs	Percepción en enfermedad Pee	Percepción en padecimiento Pep	Percepción en socializar PEo	Percepción en Educación PEd	Percepción en prevención PEpr
Usuaria 1	1	2	1	1	1	4
Usuaria 2	1	2	1	1	1	4
Clasificación	2 variabilidad	4 Consistencia	2 Variabilidad	2 variabilidad	2 variabilidad	8 Consistencia

Fuente: trascripción entrevista focalizada.

• La consistencia presentada en esta tabla de usuarias corresponde a la percepción en enfermedad y lo mencionan en varias ocasiones parece ser para ellas una preocupación real.

"Con lo qué nos dicen de prevenir enfermedades yo siento que vamos estar sanos y tanto ora si como dice mi compañera ¿verdad?".
"Tanto comer bien tanto prevenir las enfermedades como el Papanicolao que es muy importante para la mujer"-

• También se ve una persistencia en la percepción de prevención y también es abordado por ellas en reiteradas ocasiones.

"Con lo qué nos dicen de prevenir enfermedades yo siento que vamos estar sanos y tanto ora si como dice mi compañera ¿verdad?".
"Tanto comer bien tanto prevenir las enfermedades como el Papanicolao que es muy importante para la mujer"

• En percepción en salud la es variable y aunque no presenta una consistencia si lo mencionan en reiteradas ocasiones.

"Ellos nos están proporcionando el apoyo para que nuestros titulares tengan la una mejor vista tanto de salud como de nuestras limpiezas en casa y que se puede decir".
"Pues la salud, se puede decir que mientras este, estemos de pie con lo qué nos dicen de prevenir enfermedades yo siento que vamos estar sanos".

• La percepción en padecimiento nos indica en la entrevista que es variable, aunque vemos que asocian muy frecuentemente el padecimiento con enfermedad.
"ahorita tengo una titular muy mal, y me da tristeza que cuatro años hemos estado aquí en cada plática y no poderse este, como le diré, la ignorancia de cada titular de no este, de no atenderse"

"Ahorita la señora está muy mal, ayer la traje al médico, me hice ora si como se puede decir, este, un cargo que no me pertenece, les pertenece a cada titular"

• La percepción en socialización también presenta variabilidad, y se concibe como la condición de la sociedad que permite relaciones que favorezcan a los seres humanos en su desarrollo personal.

" Pues de otros servicios que nos están dando aquí de la Universidad, de esa manera se les están apoyando a las titulares, a veces nos dan unas pláticas ellas, que apoyan a la doctora, ora sí que la doctora es la que nos da la plática, de esa manera ora si nos está apoyando"

"Algunas, algunos titulares gracias a Dios han tomado todo esto, en serio, se han atendido, han estado aquí al pie del cañón con el centro de salud"

• Percepción de educación que es la instrucción por medio de algún discente o persona que imparta una enseñanza.

"Previenen sus enfermedades, esta tener alimentación básica que es verduras, que para que una persona esté sana que salga a caminar, este pues son medidas que realmente se deben hacer, y tener limpia la casa, los alimentos más que nada, este ora si, que hay cosas que, que nos eviten tanto la basura en casa pues ahí se van enfermar y la persona no va a estar sana"

"Entonces, este aquí nos han enseñado a tener nuestras cosas en casa tenerlas limpias que por medio de eso nos vamos evitar muchísimas enfermedades".

8. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo era conocer la situación de salud – enfermedad de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molinos de San Roque" e identificar los factores de riesgo que intervienen en dicho proceso, y después del análisis de los resultados, podemos determinar qué:

Después del Distrito Federal y el Estado de México, Veracruz es hoy el tercer Estado más poblado del país con 7.2 millones de habitantes, que representan el 7.1 por ciento de la población nacional[39]

La población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" representa el 0.14 por ciento de la población total del estado de Veracruz, existiendo una diferencia de prácticamente cuatro años en el promedio de edad[41] que es de 23 años, siendo mayor en la población de estudio (27 años). La distribución demográfica por sexo es similar. En cuanto a los hombres existe solamente el 2.4 por ciento de diferencia menor en relación con la población del estado, y en las mujeres es de 2.38 por ciento de diferencia mayor para la población de la Casa Universidad.

Con especto a la población económicamente activa se nota una marcada diferencia de 24.3 por ciento mayor en San Roque (56.9 por ciento) que en el estado de Veracruz (32.6 por ciento)[2]. Esto puede ser un factor condicionante del nivel económico alto que hemos detectado en la población de San Roque en la encuesta.

En cuanto a la población en edad productiva, la correspondiente a la Casa Universidad "Molino de San Roque" tiene un 71.72 por ciento mientras que en Veracruz es del 66.8 por ciento[40]

En la población de estudio existen 302 personas en edad productiva de las cuales el 27 por ciento es económicamente inactiva, por lo que representa un potencial para incrementar la actividad económica de la población. Esto dependería de medidas políticas como la generación de empleos públicos y facilidades para la contratación por empresas privadas.

La tasa de natalidad no tiene marcada diferencia entre ambas poblaciones, siendo en nuestra población de estudio de 16.5 nacimientos por cada mil habitantes y en Veracruz de 17.4 nacimientos por cada mil habitantes.

Sin embargo la tasa de mortalidad por mil habitantes en Veracruz para el año 2005 fue de 5.1[41], mientras que en San Roque es de 21.04. Esta diferencia tal vez se explique por el tamaño de la muestra y que produzca un error de representatividad, o tal vez sea porque se encontró como factor modificador una tasa de crecimiento natural negativa (<5) en la población de San Roque, ya que durante el año 2007 hubo un mayor número de defunciones que de nacimientos. Esto quiere decir, que la población en ese año en lugar de crecer disminuyó frente a la tendencia de crecimiento natural.

El analfabetismo en la población de estudio es significativamente menor que en el estado de Veracruz por 10 puntos porcentuales, siendo del 4 por ciento y el 14 por ciento[41] respectivamente. Quizá este dato sea explicable porque la colonia de San Roque, aunque está ubicada en la periferia, el hecho de estar situada en la capital del estado puede estar actuando como factor que la beneficie de las políticas educativas a diferencia de otras colonias en otras ciudades.

En servicios como agua entubada y luz eléctrica, el 99 por ciento de la población de San Roque dispone de ambos servicios, mientras que la población del estado de Veracruz sólo dispone del 70.3 por ciento en agua entubada y 89.4 por ciento[40] de energía eléctrica. En comparación con estos datos, la población dispone de un buen suministro de servicios.

La población con derecho a la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEDENA) representa el 50.5 por ciento, comparada con la del estado cuyo 32 por ciento sólo tiene esta cobertura San Roque por tanto es superior en 18 puntos porcentuales[40].

De la población encuestada 111 viviendas (44.2 por ciento) consideran buena la atención brindada por los servicios de salud a los que acude; 104 (41.4 por ciento) regular, y 21 mala (8.4 por ciento). Esto nos indica que es mínima la población que tiene un mal concepto de la calidad en los servicios de salud a los que acuden regularmente.

Un dato importante que nos indica la encuesta a remarcar y que es preocupante es con respecto a la utilización que la población tiene sobre de la Casa Universidad "Molino de San Roque". Únicamente 8.4 por ciento de la población utiliza los servicios; lo cual coincide con la visión de uno de los directivos de la Casa, respecto a la promoción de la misma, que no se hace a gran escala, por no contar con la infraestructura adecuada para dar servicio de calidad a la población. Si se comparan estos datos con los resultados de la prueba piloto realizada en la Casa UV de Coyopolan, municipio de Ixhuacán de los Reyes, Ver., donde el 100 por ciento de los encuestados[e] conoce y utiliza los servicios, y con los de la Casa UV de Conejo que es de un 100 por ciento de encuestados los conocen y entre un 75 y 80 por ciento lo utilizan[42].

En cuanto a los daños y sus factores de riesgo detectados se advierte para cada uno las siguientes características que evaluamos a continuación:

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), se presentan en todos los grupos de edad pero con franco predominio en niños menores de 5 años. Las IRAS, al igual que en el resto del país son la primera causa de consulta en las unidades de salud en el estado por todos los grupos de edad con el 56 por ciento[17]. En este estudio al identificar los factores de riesgo para las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 5 años de la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque" en los meses Noviembre - Diciembre del 2007, se contó con un universo de 111 menores de 5 años, de los cuáles enfermaron 69 correspondiendo al 62.1 por ciento.Lo cual es superior al porcentaje estatal mencionado anteriormente. Este daño caracterizado por su alta letalidad, por lo que consideramos importante que para el próximo invierno se tomen las medidas necesarias para

la protección de éstos como: vacunación de influenza, lactancia materna, capacitación del responsable para el manejo del daño, entre otras actividades que el personal de la Casa Universidad Molinos de San Roque estaría en condiciones de realizar si la infraestructura fuera la adecuada y los insumos suficientes.

Las enfermedades diarreicas agudas son aquellas "enfermedades cuya fuente de infección son los

alimentos y las aguas contaminadas son: Las infecciones intestinales,

parasitosis por helmintos y la amibiasis intestinal, se encuentran dentro de las 10 primeras causas de consulta, las infecciones intestinales ocupan el segundo lugar con el 10.05 por ciento"[43]. Esta realidad es compartida por San Roque con el estado al tener un porcentaje de 9.9 por ciento y detectamos que este padecimiento es multifactorial pues responde a varios factores como nivel económico, condiciones de la vivienda, falta de servicios, disposición inadecuada de las excretas, falta de capacitación a quien se encarga del cuidado del menor de 5 años, y falta de información al público en general de promoción de la salud, para la prevención, que mejorarían con la intervención del personal de la Casa Universidad Molino de San Roque condiciones.

Para los accidentes de tráfico de motor una de cada siete personas es ingresada en el hospital por lesión accidental o intencional y entre un 15 y 20 por ciento de éstas, lo son por accidente de vehículo de motor[44]. Además en los últimos cinco lustros, las muertes por accidente vehicular figuraron dentro las principales causas de defunción en el país, y entre los jóvenes es la primera causa de muerte y pérdida de años de vida saludable (AVISA), afectando sobre todo a los hombres[43]. En general, partes de las pérdidas se deben a muertes prematuras y otro a las secuelas discapacitantes[43]. Aunque el porcentaje de

[e] *Conviene advertir que el dato obtenido en Coyopolan no debe considerarse como estadísticamente representativo y por tanto somos conscientes de las limitaciones que ofrece para un análisis comparativo. Sólo lo mostramos como elemento ilustrativo.*

nuestra muestra fue pequeño el 1.2 por ciento, estamos concientes que éste es un problema serio como causa de muerte e invalidez en jóvenes.

En la hipertensión arterial se ha identificado una prevalencia nacional de síndrome metabólico (SM) de aproximadamente 30 por ciento en la población de 20 años y más en 1993 (*Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*).[45] Por otro lado, la creciente epidemia de enfermedades crónicas en México, en especial las enfermedades asociadas a la obesidad, como hipertensión arterial, pronostican un crecimiento explosivo del SM. La *Encuesta Nacional de Salud 2000* mostró que cerca del 30 por ciento de los mayores de 20 años padecen de hipertensión arterial. La prevalencia de dislipidemia es casi del 30 por ciento. Los datos de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006* indican que 0.7 por ciento personas adultas presentan sobrepeso y obesidad y este número crecerá de manera importante en las próximas décadas[45]. Al comparar estos datos con el resultado obtenido de la población encuestada vemos un porcentaje del 11 por ciento, en mayores de 20 años, y como se asegura en la referencia anterior este número crecerá de manera importante en las décadas por venir, si es que no adoptamos medidas precautorias para combatir los factores de riesgo, la Casa Universidad aquí encontraría una magnífica oportunidad de mejora implementando estrategias para informar a la población sobre los riesgos.

En cuanto a diabetes mellitus, recientemente en una población de adultos de la ciudad de México sin diagnóstico de diabetes mellitus, se obtuvo una prevalencia de 43 por ciento. El ya mencionado crecimiento de enfermedades crónicas también afecta a esta enfermedad, tal como señalamos al hablar de la hipertensión arterial y el síndrome metabólico. La *Encuesta Nacional de Salud 2000* mostró que cerca de 8 por ciento de los adultos mayores de 20 años sufren de diabetes tipo II. La prevalencia de dislipidemia es cercana a 30 por ciento[45]
En el caso de este estudio por nuestra muestra y hallazgo vemos que un 17.7 por ciento de la población encuestada padece la enfermedad. Por el número de encuestados se puede creer que si este hallazgo se hizo en mayores de 20 años y más, la presencia de esta patología se incrementó en los individuos con antecedentes familiares 80.9 por ciento para el mismo grupo de edad, a los que se les podría dar atención en La Casa Universidad Molino de San Roque por medio de grupos de ayuda mutua para diabéticos e hipertensos.

Sin embargo la mortalidad por hipertensión arterial es muy alta a nivel estatal y a nivel nacional, en 2003 se registraron 976 defunciones con una tasa de 17.06 por 100,000 habitantes y ésta se encuentra estrechamente relacionada con enfermedades del corazón que tienen una de 79.5 por 100,000 habitantes para el mismo año en el estado. Como resultado de la encuesta realizada a la población de responsabilidad de la Casa Universidad "Molino de San Roque", sólo encontramos 2 casos reportados de muerte para este daño, lo cual representa sólo el 8.6 por ciento del total de defunciones. Por lo que se recomienda un cambio en los estilos de vida a través de la toma de conciencia, la usuaria vocal de Oportunidades entrevistada refiere los cambios que ya se van viendo en la población.

Para concluir, los daños que tienen una menor presencia en comparación con los porcentajes nacional y estatal son la diabetes mellitus (menos de 1/2 del porcentaje nacional), la hipertensión arterial (menos 1/3), los accidentes de tránsito por motor (1/20 del porcentaje nacional). Sin embargo las enfermedades diarreicas manifiestan un porcentaje similar (±10 por ciento) al igual que las infecciones respiratorias.

Por el análisis realizado a los resultados obtenidos, concluimos que la muestra tomada en las cuatro colonias de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque el estado de salud que presenta la población durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2007, es bueno en relación con la media estatal; sin embargo, esta condición podría verse mejorada con las acciones adecuadas en las áreas de oportunidad.

9. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Propuestas de intervención.
Después de llevar a cabo la investigación con la población de las cuatro colonias de responsabilidad de la Casa Universidad Molino de San Roque en diciembre del 2007 y según lo encontrado con respecto al proceso salud enfermedad, proponemos lo siguiente:

- Hacer uso del diagnóstico de salud para conocer el estado actual para la toma de decisiones así como su actualización anual, utilizando la misma metodología planteada en este trabajo.
- Una mayor vinculación con las diferentes facultades de la Unidad de Ciencias de la Salud para reforzar la promoción de la salud por medio de los estudiantes de práctica profesional, en servicio social y tesistas.
- Incrementar la difusión de la existencia de la casa Universidad entre su población de responsabilidad y así

dar a conocer los servicios que se ofertan en la misma.

- Las enfermedades crónico degenerativas en nuestro estudio fueron las que tuvieron mayor relevancia por lo que recomendamos el diagnóstico oportuno por medio de la detección temprana, su manejo integral pero sobre todo su prevención informando a la población sobre los factores de riesgo; por medio de la promoción de estilos de vida saludables combatiendo el tabaquismo, sedentarismo, obesidad, alcoholismo y alimentación inadecuada.

Los pacientes en control, continuar con su tratamiento e implementar grupos de ayuda mutua proporcionados en la Casa Universidad por parte de los pasantes en Servicio Social de las diversas facultades de la Unidad de Ciencias de la Salud.

- En cuanto a las enfermedades infecciosas tanto respiratorias como gastrointestinales, se recomienda la realización de promoción a la salud en cuanto a hábitos higiénicos y protectores en conjunto con las autoridades sanitarias y universitarias, referente a servicios básicos, como drenaje, mejoramiento de vivienda.
- Capacitar a las madres y responsables de los menores de 5 años en el manejo de IRAS y EDAS.

10. EXPERIENCIA GRUPAL Y DE APRENDIZAJE

10.1. De los alumnos

El 21 de agosto de 2007 inicia clases la Maestría en Salud Pública dependiente de la Universidad Veracruzana con 33 alumnos, después de cursos de inducción y clases el día 04 de septiembre se incorpora una alumna más, ya los 34 alumnos formamos 11 grupos uno de los cuales queda conformado por: Alicia Martínez Flores, Claudia Suárez Tepetla, Nelsy Marien Cortés Jiménez y María de Lourdes Hermelinda Rodal Morales, fuimos asignadas a realizar prácticas en la "Casa Universidad Molino de San Roque", la tarea era hacer un diagnostico de salud de la población del lugar. El primer contacto con esta realidad se realizó en el seminario mayor, donde asistimos a un curso de inducción los días 5,6 y 7 de Septiembre de 9 am. a 12 pm. En éste curso nos presentan a nuestro tutor externo, directivo de La Casa Universidad "Molino de San Roque", Psicólogo Héctor Cruz González, en el curso nos comentan: "Las Casas de la Universidad" son espacios que vinculan a la Universidad Veracruzana con el ámbito rural, urbano y suburbano y se crean con el fin de buscar alternativas adecuadas a los retos del desarrollo de la comunidad. Actualmente existen cuatro de ellas ubicadas en diferentes municipios del estado de Veracruz, nos comentó cuales eran las colonias de responsabilidad de la Casa; Rubén Jaramillo, Lomas de San Roque, Lomas del seminario y Veracruz.

El día 07 de septiembre se presentó el avance de la primera plenaria ante catedráticos de la Maestría en Salud Pública, para dar a conocer el lugar donde asistirá cada grupo, la ubicación de las sedes y a que institución pertenecen, la dinámica que se instituyo en esa plenaria y que prevalecería hasta el final ha sido de estrés, trabajo en conjunto con otros equipos, comunicándonos, permanecer en el instituto hasta altas horas de la madrugada, comer lo que se puede si es que se puede, tratando de avanzar cada vez más y poder presentar un trabajo digno de la maestría.

Nuestro primer encuentro con la casa nos pareció muy contrastante pues estando ubicada en el parque Ecológico Molino de San Roque del que toma el nombre, para poder llegar hasta allá se pasa un arroyo de aguas negras, atravesarlo por un puente de tablas tambaleantes, dividido por una barda de tela de alambre donde se encuentra al otro lado, unas familias que viven de recoger basura en las casas con sus carretas y por lo tanto tienen un tiradero hacia el arroyo, el basurero, arroyo de aguas negras y pasadero se encuentran en un tramo donde el pasadero de tierra comenzó a derrumbarse y dentro de poco tiempo el tránsito por este lugar será imposible y peligroso así como insalubre.

En la casa, día con día nos fuimos familiarizando con las personas que allí realizan prácticas, la encargada de los jóvenes pasantes en servicio social, los mismos pasantes y con la población que acudía a la casa a recibir sus pláticas del programa de oportunidades y a recibir consultas de los pasantes, así como las actividades de ésta, que está enfocada a la ecología y a crear conciencia de la contaminación (aquí radica el contraste entre la finalidad de la casa y el tiradero) nos impartieron un curso de cómo y dónde se deben de juntar las pilas para poder ser trasladadas para su reciclaje también conocimos grupos de antropólogos, sociólogos, psicólogos y personajes que circularon por la casa, siempre procurando una ayuda para la gente que atiende la casa, pudimos convivir y conocer a personas de las colonias que nos narraron como les ayudaba la casa para su vivir diario.

La segunda plenaria se realizó el 26 de octubre donde se presentó el avance sobre el diagnóstico de salud de la población, para estas fechas el equipo pasaba por las experiencias propias de un grupo de compañeras que apenas nos conocíamos por haber entrado a la maestría.

La tercera plenaria se presentó el 16 de noviembre con todo el avance hasta ese día logrado sobre el diagnóstico de salud con la misma dinámica antes mencionada.

La cuarta plenaria se presentó el 19 de diciembre, con un claro avance del trabajo realizado sobre el diagnostico de salud de la población de la Casa Universidad Molino de San Roque, así como crecía el trabajo en información, crecía nuestra tensión al presentarnos a una plenaria más.

La quinta plenaria se presento el 19 de enero ya de 2008 y así es como hemos llegado hasta el 08 de febrero de 2008, ésta que será la última plenaria donde ya se entregará un documento de un trabajo completo y concluido.

La experiencia ha sido muy enriquecedora para todas nosotras tanto en conocimientos, como en convivencia y crecimiento personal, llegamos a un final con el ánimo y el placer de haber podido hacerlo y bien.

10.2. Experiencia grupal y de aprendizaje del asesor externo

El proceso de diagnóstico de salud que inició el Instituto de Salud Pública (ISP) en la Casa de la Universidad Molino de San Roque, ha sido un acierto para modelar la vinculación desde la investigación en la Universidad Veracruzana, una necesidad de actualización del diagnóstico general de salud de la Casa y una evaluación de las actividades e impactos generados hacia la población y hacia la misma universidad. Las 4 estudiantes que participaron directamente lograron organizar un buen proceso de investigación. Fue notorio el profesionalismo y la formalidad en la organización, presentación y comunicación. El proceso de formación de investigadores fue construido desde el campo con los actores, de manera cotidiana, lo que le otorga un valor agregado al trabajo académico.

En resumen la utilidad de la investigación no radica tan solo en los resultados (que todavía no conocemos), sino también en el proceso, en la organización, en la apertura para construir en conjunto y en el que resultan beneficiados no tan solo los pobladores y los integrantes de la Casa, sino los estudiantes, el ISP y la Universidad Veracruzana.

Psic. Héctor Cruz González
Coordinador de la Casa de la Universidad Molino de San Roque
Febrero, 2008

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mora Carrasco F. Hersch M. P. Introducción a la medicina social y salud pública. Editorial trillas. Biblioteca universitaria Básica. México D.F. 1990.
2. Ramos D.B. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". Rev. Cubana Salud Pública 2006;32(2):164-70.
3. Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1989. Pp. 197-235.
4. Planificación de la atención médica.
5. Ladrón de Guevara E. ¿Qué es un diagnóstico de salud?. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver.
6. San Martín H. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Tomo I. México: La Prensa Médica Mexicana, SA de CV; 1992. p. 209-23.
7. Alvarez Alva R: (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. 3a edición. Maniual Moderno. Mexico. Pp.96-98.
8. Rojas Soriano Raíl. Sociología Médica. Primera edición, 1983. Folios Ediciones, S.A. México. P.31.
9. PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2005-2010. SSA. Gobierno de Veracuz. Xalapa Veracruz. 2005. pag.6.
10. Winslow, C.E.A. (1920) The Untilled Fields of Public Health, Science, 51:23.
11. Instituto de Salud pública. Universidad Veracruzana. Xalapa Veracruz.
12. ELSA LADRÓN DE GUEVARA MORALES. Investigadora del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Xalapa Veracruz.
13. García R. H. Cordera P. A. Vargas M. J. Diagnóstico situacional de unidades medicas de petróleos mexicanos. (2003). Revista Salud Pública de México. Noviembre-diciembre 1993. Vol. 35, No 6. Pp556-562.
14. Mejía V. A. Badgeley R.F., Kastus V. The Colombia, SouthAmerica, ational health survey. En Kessler, J.J. Levine, M.L. The community as an Epidemiological Laboratory. Baltimore: John Hopkin´s Press, 1970.
15. Leon Luque P. Weller J., Fuentes Lastra P. Aspectos sociales de la morbimortalidad de la República de Argentina. Revista Médica de Córdoba 51:171-187. 1964.
16. Gobierno Federal. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. México, 2007. pag.28
17. Gobierno de Veracruz. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2005 – 2010. Xalapa, Veracruz. 2005. Pag. 39-40.
18. Pavón L. P. Gogeascoechea T. M. Namihira G. D. González R. M. Landa O. V. Ramírez M.M. Utilización de los servicios de salud por los habitantes de las colonias periféricas de la

ciudad de Xalapa, Ver. Instituto de Ciencias de la Salud, Fac. de Bioanálisis. Universidad Veracruzana
19. Universidad Veracruzana. Departamento de Vinculación. Se encuentra en http://es.wikipedia.org/wiki/Universidad_ Veracruzana. Fecha de consulta: 11 de Septiembre de 2007. 11:20 a.m.
20. Cruz G. Héctor. Casa de la Universidad: un camino hacia el desarrollo sustentable. Dirección de Vinculación General. Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.
21. SCINCE por colonias. XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
22. Hernández G. E. Investigación cualitativa, guía práctica para la elaboración de proyectos. Diciembre 2003.
23. S. J. Taylor y Bogdan R. La observación participante preparación del trabajo de campo. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Básica; 1992. P.31-32.
24. Comunicación directa: Hernández Guerson Enrique comunicación directa sesión de clase 17 de enero 2008.
25. Hernández G.E. El proceso de investigación. Perspectiva cuantitativa. Guía práctica para su realización. Marzo de 2001. P. 28.
26. Mendenhall S. Elementos de muestreo. Grupo editorial Iberoamericana Instituto Tecnológico de México ITAM México 1986 P. 78 -79.
27. Alvira Martín F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid 2004.
28. Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en Materia de Información en Salud.
29. NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica. México, D.F., a 2 de septiembre de 1999.
30. Cook TD y Reichardt Ch S. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En Cook TD Y Reichardt Ch S. Compiladores. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativo. Madrid: Morat. 1986.
31. Hernández GE, Saldaña ISA. Guía básica para desarrollo de investigaciones: guía práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. En prensa. 2007.
32. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En Delgado JM, Gutiérrez Juan. Editores. Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicología. 1994.
33. Rolando Sánchez Serrano. La observación participante. En Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Colegio de México. Porrúa 2001.
34. Diccionario real academia española. Disponible en World Wite web: http:// buscon.rae.es/drael. Revisado 17 de enero de 2008
35. Diccionario real academia española. Disponible en World Wite web: http:// buscon.rae.es/drael. Revisado 18 de enero de 2008.
36. NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica. México, D.F., a 2 de septiembre de 1999.
37. Galindo J. Sabor a Ti, Metodología Cualitativa e Investigación Social, Universidad Veracruzana: México; 1997.
38. Hernández GE, González HA. Una aproximación al análisis cualitativo de los datos, Enseñanza e investigación en psicología 1998; 2 (3): 98 – 101
39. Gobierno de Veracruz. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2005 – 2010. Xalapa, Veracruz. 2005.
40. INEGI Anuarios estadísticos de un conteo que realizó el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informatica atraves del programa SCIENCE.
41. Veracruz en cifras INEGI. Disponible en www.informatepr. com/veracruzencifras.html
42. Comunicación directa. Equipo asignado a la sede de El Conejo, municipio de Perote, Ver. 06 de Febrero de 2008.
43. Gobierno Federal. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. México, 2007. Pag. 13.
44. Gobierno Federal. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. México, 2007. Pag. 47.
45. Gobierno Federal. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. México, 2007. pag.28

AGRADECIMIENTOS

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública
Mtro. Enrique Hernández Guerson
Director del Instituto de Salud pública
Dr. Jaime Morales Romero
Coordinador del módulo de Salud Pública I
Dra. Edith Rodríguez Romero
Dr. Miguel Figueroa Saavedra
Asesores del equipo
Psic. Héctor Cruz González
Coordinador de la Casa Universidad Molino de San Roque
Dr. Roberto Cortés Martínez
Catedrático de las Facultades de Nutrición y Odontología