Universidad Veracruzana

Instituto De Salud Pública / UV

Universidad Veracruzana

Instituto de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

PRÁCTICA PROFESIONAL

Generación 2013 – 2015

PRESENTACIÓN

La Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana inicia actividades académicas en el año 2001, con el antecedente de continuidad de la especialización análoga, que arrancó en 1981 y de la que egresaron cerca de cuatrocientos especialistas del área. Del programa de maestría han egresado siete generaciones de alumnos (2001-2003), (2003-2005), (2005-2007), (2007-2009)), (2009-2011)), (2011-2013) y (2013-2015); en la generación *2005-2007,* se realizó un cambio sustancial, transitando a un plan de estudios modular centrado en tres ejes 1) formar y desarrollar competencias profesionales en salud pública, derivadas de las Funciones Esenciales de la Salud Pública; 2) el aprendizaje de los estudiantes, y; 3) un énfasis especial en el desarrollo de competencias transversales: a) interacción social, b) proactividad, c) asertividad, d) liderazgo situacional, e) orientación hacia el logro, f) compromiso ético, g) aprendizaje permanente, h) profesionalismo, i) orientación, hacia el trabajo en equipo y j) autoestima).

Para el programa de maestría se debe considerar que todo gira alrededor de las competencias profesionales establecidas para los egresados, las cuales se establecen a partir de las funciones clave y estas a su vez derivan del propósito clave de la salud pública, el cual se enuncia a continuación: "*Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario*". A partir de dicho propósito se establecieron varias funciones clave, entre ellas para este trabajo se consideran:

- *"Identificar, analizar y evaluar la situación de salud e inequidades de una población en un marco de participación social y promoción de la salud*", condición que permitió la definición de dos competencias a desarrollar: 1. Identificar y analizar los principales problemas de salud-enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes, desde una perspectiva integral y de promoción de una cultura para la vida y la salud. 2. Analizar e interpretar las desigualdades geo-territoriales, étnico-culturales y económico-sociales en la distribución de la salud-enfermedad.
- *Promover y participar en la formación de recursos humanos en salud, así como en la producción y utilización del conocimiento para el beneficio de la*

salud de la población; de igual manera, en la educación para la salud de la población, buscando el empoderamiento de la misma en lo que se refiere a su salud.

Este documento integra los trabajos de práctica profesional realizados por los alumnos durante el transcurso de la generación 2013-2015 en diferentes espacios en el ámbito de la salud pública, de la cual son responsables.

Universidad Veracruzana

Instituto De Salud Pública / UV

DIAGNÓSTICOS DE SALUD

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL MÓDULO EL CASTILLO DEL CENTRO DE SALUD SEBASTIÁN LERDO DE TEJADA DE XALAPA, VERACRUZ	Lic. Enf. David Antonio Albores Díaz M.C. Pascual Caicero Hernández Psic. Jésica Eunice Gómez Gutiérrez Q.C. Iván Gómez Ñañez Biol. Reyna Hernández Calderón
DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD URBANO COLONIA REVOLUCIÓN	Raquel Almaraz Velasco Atalia Castillo Reyes Aarón Domínguez Hernández Rubén Alberto González Reyes Marcelo Antonio Guiot Santiago
DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA MOLINO DE SAN ROQUE	Irene Suárez Torres Irot Taffi Rivas García Gerardo Rodríguez Montero Alan Uriel García Tejeda
DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO. 66 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) DELEGACIÓN ESTATAL VERACRUZ NORTE	Fernando Antonio Vázquez Orduña Saraí Ramírez Colina Dulce María Juárez Eusebio Ligia María Rosado Alcocer
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR ISSSTE-INMECAFE	Cynthia Alarcón Mora Itzel Lissanca Arizmendi Lima Sergio Cuéllar Rufino Yanet Juárez Vázquez Laura Rosalía Martínez Gutiérrez
DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE VIDA SALUDABLE, XALAPA, 2013	Vianey González Rojas Josué Andrés Méndez Santos Angélica Ortiz Pérez Nidia Cristal Rizada Antel Alma Angélica Velasco Bandala

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Módulo Salud Pública I

Diagnóstico de salud de la población del área de influencia del módulo El Castillo del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada de Xalapa, Veracruz

Elaborado por:
Lic. Enf. David Antonio Albores Díaz
M.C. Pascual Caicero Hernández
Psic. Jésica Eunice Gómez Gutiérrez
Q.C. Iván Gómez Ñañez
Biol. Reyna Hernández Calderón

Asesores internos
Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez
Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales

Asesores externos
MC. Patricia Melgarejo Morgado
MC. María Lourdes Hernández Flores
Enf. Gabriel Vázquez Hipólito

Xalapa, Veracruz 3 de diciembre de 2013

Índice

	Contenido	Página
	Resumen……	
1	Planeación del diagnóstico	
	1.1Introducción……	4
	1.2 Marco referencial	
	1.2.1 Marco teórico……	5
	1.2.2 Marco empírico……..	8
	1.2.3 Marco contextual……	10
	1.2.4 Marco jurídico……	21
	1.3 Planteamiento del problema	
	1.3.1Delimitación del problema……	23
	1.3.2 Justificación del problema…….……	25
	1.3.3 Pregunta de investigación……..……	26
	1.3.4 Objetivos	
	1.3.4.1Objetivo general……	26
	1.3.4.2 Objetivos específicos…….……	26
	1.4 Metodología	
	1.4.1Diseño de la investigación……	27
	1.4.2 Definición del universo y muestra……	27
	1.4.3Definiciones conceptuales y operacionales de variable e indicadores (Anexo 1)	
	1.4.4Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	29
	1.4.5 Elaboración y prueba de los instrumentos de recolección de la información……..	30
	1.4.6Definición de los mecanismos para la recolección, el procesamiento y el análisis de la información……	31
2	Ejecución del diagnóstico de salud	
	2.1Recolección y procesamiento de la información	
	2.1.1Descripción de la recolección de la información……..	31

	2.1.2Descripción del procesamiento de la información……	32
	2.2 Resultados del diagnostico	
	2.2.1Caracteristicas demográficas……	33
	2.2.2Priorización de daños…….	33
	2.2.3Daños a la salud y factores de riesgo en el área de influencia del módulo El Castillo…….	39
	2.3Servicios de salud	
	2.3.1Servicios que se ofrecen……	51
	2.3.2Analisis de la productividad de los servicios que se ofrecen relacionados con los daños…….……..	
	2.3.3Analisis de los programas que se ofrecen relacionados con los daños priorizados…….	51
	2.3.4Demanda de los servicios de salud…….	
	2.3.5Satisfaccion de los usuarios por los servicios prestados……	
	2.3.6Problemas detectados en la prestación de servicios……..……	
	2.4Conclusiones y recomendaciones para la implementación de acciones en la unidad de salud	
	2.4.1Conclusiones…….....	54
	2.4.2Recomendaciones para la implementación de acciones……..	58
	2.4.3Experiencias de aprendizaje……	59

1. Planeación del diagnóstico

1.1 Introducción

El presente diagnostico reporta los resultados obtenidos del diagnóstico realizado en el área de influencia del módulo El Castillo, perteneciente al centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada en Xalapa, Veracruz, con el objetivo de presentar los daños a la salud identificados en la población, la demanda y características de los servicios que se ofrecen por el módulo, los factores de riesgo encontrados y la percepción de los usuarios sobre la calidad y costo de los servicios de salud.

El trabajo se realiza por la necesidad de conocer la situación en salud de la población de responsabilidad del módulo El Castillo ya que no se contaba con un estudio reciente con las características del que a continuación se presentara. Se realizó un estudio con metodología cuantitativa.

El documento está estructurado en diversos capítulos, mismos en los que se describe la planeación del diagnóstico, ejecución y resultados obtenidos por los autores en el presente diagnóstico de salud.

Para la planeación del diagnóstico de salud se describe en este estudio el marco referencial, en el cual se incluyen el marco teórico, empírico, contextual y jurídico. Del mismo modo de influye la delimitación y justificación del problema, la pregunta de investigación y los objetivos que se pretenden alcanzar. En la metodología se describe el tipo de diseño de estudio, el muestreo y la muestra calculada, del mismo modo la recolección y el procesamiento de los datos obtenidos. Por último en los resultados se describen los daños a la salud, aspectos de los servicios de salud y factores asociados, y con respecto a ello se establecen conclusiones y recomendaciones para la mejora de las situaciones que afectan a la salud de población en estudio.

1.2 Marco referencial

1.2.1 Marco teórico

La palabra diagnóstico, proviene del griego diagnostikós formado por el prefijo *día* que significa a través, y *gnosis* que es conocimiento, en conjunto quiere decir "conocer a través de". En el campo de la medicina, hacer diagnóstico significa determinar el carácter peculiar de una enfermedad mediante el examen de sus signos para hacer algo al respecto. En otras palabras, el diagnóstico es esencial para conocer la situación sobre la que se desea actuar.[1]

Un diagnóstico de salud es un juicio de valor en torno al proceso salud-enfermedad en relación a las necesidades, sentidas, expresadas y normativas, sirviendo como base de la planeación de los servicios de salud. Los principios que rigen el diagnostico de salud son: la objetividad, integralidad, heterogeneidad, sistematicidad, interdisciplinariedad, participación social y utilidad programática.[2]

Es el primer paso que se necesita para poder iniciar un proceso de planeación y ejecución en los servicios de salud para poder atender la problemática en salud pública.[3].

El diagnóstico de salud es resultado de un estudio esencialmente epidemiológico, el cual se presenta como un documento cuyos datos 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. Dicho diagnóstico va a anteceder a cualquier programa de atención médica, pues también determina alternativas para la solución de los problemas de salud. Este tipo de estudio tiene gran variedad de extensión, puesto que puede comprender desde el análisis de una sola familia, pasando por un grupo, un estado o toda una nación.[4]

El diagnostico de salud integral de una colectividad es considerado como la investigación de salud pública por excelencia, que nos sirve como la piedra angular para organizar la respuesta social a las necesidades de salud a través de los servicios y programas. Cuenta con una metodología y técnicas especificas

para conocer y explicar la realidad, buscando como finalidad la transformación de la realidad estudiada. En síntesis, el diagnostico de salud es la investigación en salud pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la resolución de los problemas detectados.[5]

Existen diferentes tipos de diagnósticos de acuerdo a Mario Testa[6:]

1. Administrativo
2. Estratégico
3. Ideológico

Las características del diagnóstico administrativo son las siguientes[6:]

- Enfoque: Satisfacer necesidades sentidas.
- Propósito: Evaluar eficiencia de los recursos para la salud.
- Uso de la epidemiología: Para causas inmediatas a la enfermedad.
- Variables de evaluación: Insumos, proceso y resultados.
- Variables de análisis: Daños, Servicios de salud, factores determinantes.

Es el diagnóstico clásico de la planificación normativa: mide recursos y cuantifica metas, relacionando mediante procedimientos que se aproximan a alguna forma de evaluación que implique algún grado óptimo. Da prioridad al nivel de los servicios de salud, tiene relación con una fase del proceso de atención médica, es muy utilizado para programar las actividades de salud. Sin embargo, elimina lo social como concepto totalizante.[6]

Las características del diagnóstico estratégico son las siguientes[6]:

- Enfoque: Identificar necesidades de cambio
- Propósito: Establecer diferencias estratos
- Uso de la epidemiología: Identificar y medir riesgos
- Variables de evaluación: Calidad.
- Variables de análisis: Proceso salud - enfermedad, respuesta social organizada y marginación.

Se avoca a la identificación de la estructura de poder existente en el sector salud, guiado por la atención de introducir cambios, para los cuales es necesario disponer de autoridad para hacerlo. Contempla lo social a través de las fuerzas sociales que representan las relaciones de poder. Hay una primacía de las políticas de salud.[6]

Las características del diagnóstico ideológico son las siguientes[6]:

- Enfoque: Identificar procesos sociales.
- Propósito: Buscar estabilidad social
- Uso de la epidemiología: Sustentar afirmaciones cualitativas.
- Variables de evaluación: Igualdad, equidad.
- Variables de análisis: Problemática social de salud, reproducción social, desigualdad.

El fundamento de este tipo de diagnóstico es la legalización de una decisión o propuesta y hacen referencia al proceso a través del cual se logra que esta sea aceptada no solo legal si no válida para el conjunto de la sociedad. Esto implica una fase de legalización que es una condición necesaria pero suficiente, dado que lo que busca es cambiar un comportamiento, y esto implica una cierta disposición de las fuerzas sociales favorable a la propuesta y al cambio.[6]

Mario Testa refiere que los tres diagnósticos antes citados son parciales y es necesaria su integración en uno solo denominado salud global, que incluye la situación de salud, englobando la información del estado de salud, la situación epidemiológica y la organización sectorial con la información de los servicios y la organización subsectorial.[7]

1.2.2 Marco empírico

De acuerdo con bibliografía consultada, encontramos dos diagnósticos de salud, uno fue realizado en el año 2006 en el centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada y el segundo se elaboró en el módulo El Castillo perteneciente a este centro, en el año 2012.

De acuerdo a los resultados en el diagnóstico de salud realizado en el centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada se encontró que contaba con una población total de 58,606 habitantes, 26,605 con seguridad social y 32,001 se consideraron población abierta. Funcionaba con 11 núcleos básicos.[8]

De las 379 encuestas levantadas al número igual de familias, de los factores de riesgos priorizados, se consideran factores generales a la edad, sexo, estado civil, combustible intradomiciliario y embarazo.[8]

De acuerdo al análisis de los resultados se presentaron las siguientes recomendaciones:[8]

- Intensificar la búsqueda de mujeres embazadas, ya que el 42% declaro que no lleva control prenatal.
- Establecer en los núcleos donde se detectaron embarazadas sin control.
- Para los que se declararon sedentarismo, ubicar en los ámbitos deportivos de esas colonias.
- Vinculación con las autoridades municipales, para la implementación de jornadas de limpieza comunal.
- Informar de los servicios que presta el centro de salud, ya que algunos de los usuarios desconocen la existencia del mismo.

Por otra parte con lo que respecta al diagnóstico de salud del módulo El Castillo en el año 2012 realizado por una pasante de medicina, (este trabajo no fue concluido), pero dentro de sus resultados se destaca lo siguiente: [9]

- El área de responsabilidad del módulo El Castillo abarca siete localidades las cuales forman un total de 6093 habitantes con predominio en la localidad de El Castillo, ubicando al grupo de edad de 25 a 44 años con el 26.2% de la población la cual en su mayoría está conformada por el sexo femenino. Se registraron en el año 67 nacimientos en toda el área.
- Las familias son amplias, con más de 5 integrantes lo que indica presencia de hacinamiento lo que pudiera traer como consecuencia un riesgo alto de adquirir enfermedades contagiosas por los mismos integrantes de la familia
- En cuanto a educación gran parte de la población es estudiantil, lo cual pronostica una mejora en cuanto a la calidad de vida de las próximas generaciones. Se ha visto que son pocos los individuos que han logrado obtener un grado profesional lo cual nos habla de carencias de recursos por lo que se han visto obligados a trabajar para adquirir una fuente de ingreso.
- La ocupación de los habitantes, se observó que la mayor parte de la mujeres son amas de casa por lo cual no generan un ingreso familiar, y la mayor parte de los hombres son artesanos debido a esto el área es caracterizada por su producción de ladrillo y ellos se dedican a laborar en las galeras situadas en los límites de las localidades.
- Se encontró un aumento en el número de control de embarazadas menores de 18 años quienes indican un alto factor de riesgo en la población, debido a que el control prenatal es indispensable y un principal programa de salud para la prevención de muerte materna. Uno de los factores de riesgo durante el embarazo es precisamente la edad temprana debido a la inmadurez fisiológica y mental que presenta este grupo de edad.

Dentro de las observaciones que la autora hizo se encuentra que el personal médico no es suficiente para la población debido al gran crecimiento que sea registrado en los últimos años, lo que sugiere que dentro de un año el módulo no podrá cubrir la demanda de atención médica de la población.[9]

1.2.3 Marco contextual

1.2.3.1 Ubicación y nombre de la unidad

El centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada se encuentra ubicado al Este de la ciudad de Xalapa, Veracruz en la Calle Prolongación Coyoacán # 62 en la colonia Sebastián Lerdo de Tejada y entre las calles Prolongación Veracruz y Zempoala.

El centro de salud lleva el nombre de Sebastián Lerdo de Tejada porque está ubicado en dicha colonia, el lote fue donado junto con su construcción por los habitantes de esta colonia mediante faenas. La construcción fue iniciada en el año de 1982 y se concluyó en noviembre de 1985, inaugurando oficialmente hasta el 29 de mayo 1989.

Actualmente funciona con 12 núcleos básicos integrados para seis zonas geográficamente definidas, en el ámbito urbano consta de 44 colonias en 19 áreas geoestadísticas básicas (AGEB), dos núcleos para atención a las familias beneficiadas del programa Oportunidades en el módulo Constituyentes, dos núcleos ubicados en las localidades de El Castillo, 1 núcleo matutino en la localidad de Chiltoyac y un 1 núcleo básico en el turno vespertino en este centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada para las localidades 6 de Enero, Las Cruces, San Antonio Paso del Toro y la colonia Antorchista.[10]

A este centro de salud le pertenece el módulo El Castillo, ubicado en Xalapa, Veracruz en la comunidad de El Castillo, en la avenida Principal s/n entre las calles Méndez Espinoza y Niños Héroes.

1.2.3.2 Descripción del inmueble y equipamiento

El módulo de El Castillo está en una construcción de una planta, con un área de 120m^2 aproximadamente, cuenta con 6 espacios distribuidos de la siguiente manera: en la entrada se encuentra la sala de espera, promoción, capacitación y aplicación de vacunas. En la parte posterior se encuentra un pasillo central que divide a 2 consultorios del lado izquierdo y de adelante para atrás un consultorio

de enfermería y uno médico que es utilizado para dar servicio los fines de semana por parte de personal del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) municipal. Esta edificación es propiedad del DIF y el centro de salud la obtiene a través de comodato para la prestación de servicios.

Con respecto al equipamiento médico se cuenta con 1 silla giratoria, 2 archiveros, 3 anaqueles, 1 negatoscopio, 2 lámparas de pie, 2 camas de exploración, 1 banco de altura, 1 mesa mayo, 1 banco giratorio, 1 cubeta quirúrgica, 2 básculas pesa bebé, 1 mesa Pasteur, 1 termómetro de mercurio, 3 básculas con estadiómetro, 2 baumanómetros de pedestal, 1 vitrina, 30 sillas de plástico, 2 equipos de cómputo, 1 refrigerador red de frío, 4 escritorios.[11]

1.2.3.4 Personal de salud

Para el centro de salud los prestadores de servicio son una directora de la unidad, una jefa de enfermera, un administrador 13 médicos, 13 enfermeras, una psicóloga, un promotor, cinco odontólogos, una nutrióloga, dos trabajadoras sociales, y siete auxiliares administrativos que cubren los turnos matutino y vespertino.

En lo que respecta a El Castillo cuenta con una médico cirujano que coordina el núcleo básico y brinda el servicio médico general atendiendo las consultas, un enfermero que trabaja conjuntamente con la médico, y una promotora de salud.

El horario de atención del módulo es de 8 a 15 hrs. de lunes a viernes y el fin de semana servicio médico de jornada acumulada cuya responsabilidad es del DIF municipal del Ayuntamiento de Xalapa.

1.2.3.5 Organización de la unidad

El Centro de Salud del cual depende el módulo El Castillo, cuenta con un manual de organización denominado “Manual de organización del centro de salud de uno a doce núcleos de servicios de salud”, dicho manual rige a cada uno de los núcleos.

El manual es expedido por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud dependiente de la Subsecretaria de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaria de Salud.

Este manual comprende:[10]

- *Las localidades de influencia y los servicios de apoyo para el diagnóstico médico* se establecen con base en isócronas de traslado por medios habituales de transporte de no más de una hora en el área rural y media hora en el área urbana.
- *La atención que se brinda en los centros de salud*, debe ser de carácter ambulatorio bajo el esquema de la Atención Médica Familiar (integral, continua, anticipativa y personalizada), atención de partos (unidades rurales de uno a tres núcleos básicos), el desarrollo de programas de atención médica, referencia de pacientes a hospitales generales o de especialidades dependiendo del padecimiento o del servicio que requieran, participación comunitaria, educación para la salud con pláticas informativas de diversos temas de salud, saneamiento básico y vigilancia epidemiológica.

El manual plantea que la aplicación de la atención médica en el primer nivel de atención, se fundamenta en unidades estructurales funcionales responsables de la atención integral de una población dentro de un ámbito geográfico. La unidad básica de la atención médica es el Núcleo Básico de Servicios de Salud (NBSS), la cual debe ser integrada por los componentes siguientes:[10]

- Componente del personal: El NBSS debe estar integrado por un médico general, una enfermera de campo y una enfermera de clínicas. En el caso del núcleo El Castillo, sólo existe un enfermero, éste debe realizar las funciones y actividades tanto de campo como de consultorio.
- Componente poblacional: este componente se refiere a un área geográfica y poblacional representada por la población de responsabilidad del núcleo residente en un área determinada. Esta población debe ser de 3.000 habitantes o 500 familias.

También refiere que en caso de no contar con personal de base para los centros de salud ubicados en áreas rurales con uno y hasta dos núcleos básicos, se sustituirá con un pasante de medicina o de enfermería según sea el caso. Para el caso del módulo El castillo solo existe una médico cirujano, para el total de la población éste núcleo debería contar con dos núcleos básicos de atención, como ha sido en años previos en donde han tenido un médico de base y un médico pasante en servicio social.[10]

Siendo responsabilidad de los servicios estatales quienes deben identificar dentro de su programación presupuestal, la sustitución del personal médico, paramédico o técnico de los centros de salud, para cubrir licencias, permisos o vacaciones.[10]

1.2.3.6 Programas, servicios y actividades que ofrece el núcleo básico de El Castillo

Servicios médicos que se proporcionan a las personas con el fin de proteger, promover o restaurar la salud y rehabilitar al paciente, en los que se encuentran comprendidas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

A continuación se presentan las actividades que se realizan por el personal y las destinadas por programas de salud:[12]

Atención médica:

- Consulta externa programada.
- Consulta médica preventiva.
- Administración de medicamentos.
- Curaciones

Atención a la salud del adulto:

- Prevención y control de hipertensión arterial sistémica.
- Prevención y control de diabetes Mellitus.
- Detección de hiperplasia prostática.
- Dislipidemias.

- Prevención de Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) en adulto mayor
- Grupo de ayuda mutua.
- Prevención y control de tuberculosis pulmonar.
- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.

Salud de la mujer:

- Atención en cáncer cervicouterino con acciones de promoción, detección a través de estudios de toma de Papanicolaou y procedimiento para la toma de muestra para el estudio de captura de híbridos de virus del papiloma humano (VPH)
- Exploración mamaria
- Detección de violencia

Salud perinatal:

- Tamiz neonatal
- Inmunizaciones y entrega de cartilla Nacional de vacunación

Arranque parejo en la vida:

- Atención prenatal
- Atención puerperio y lactancia

Atención de la infancia y adolescencia:

- Inmunizaciones
- Campañas de vacunación

En caso de requerir servicio de urgencias, éste se realizará dentro del horario normal de servicio para dar atención inmediata, estabilizar el paciente y remitir al hospital civil “Luis F. Nachón” o Centro de Especialidades Médicas “Dr. Rafael Lucio.

Las actividades de enfermería que se realizan son las siguientes:[12]

- Curaciones y retiro de puntos.
- Pláticas para promoción de la salud
- Somatometría
- Vacunación
- Promoción y medidas preventivas para la detección de paludismo a través de la toma de muestra sanguínea denominada Gota Gruesa.
- Atención a pacientes con tuberculosis (promoción de autocuidado y control y seguimiento de pacientes).

Salud del niño:

- Control nutricional (peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC)

Salud reproductiva:

- Planificación familiar. Consulta y suministro de método anticonceptivo
- Visitas domiciliarias con ayuda de auxiliares de salud

Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Diarreicas (EDAS):

- Capacitación para la estimulación temprana
- Detección de conductas alimentarias de riesgo
- Distribución de sobres de vida suero oral

Enfermedades transmitidas por vectores:

- Toma de muestra de gota gruesa
- Microbacteriosis
- Baciloscopias

Prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual:

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)
- Virus del Papiloma Humano
- Herpes genital
- Gonorrea
- Sífilis

Las referencias médicas para un segundo nivel de atención son canalizadas para al hospital "Dr. Luis Nachón" como primera instancia y el Centro de Espacialidades Médicas "Dr. Rafael Lucio" como segunda; esto se realiza tanto para consulta médica especializada, cirugía y estudios de laboratorio y gabinete. Con un documento denominado hoja de referencia y que incluye la contrareferencia para integrarla en el expediente del paciente.

Por otra parte se realizan actividades propias de los beneficiarios del Programa Oportunidades, que depende de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y que básicamente se refiere a un programa cuya población objetivo son los hogares cuyas condiciones socioeconómicas y de ingreso impiden desarrollar las capacidades de sus integrantes en materia de alimentación, salud y educación, de conformidad con los criterios y requisitos de elegibilidad y metodología de focalización establecidos en las Reglas de Operación.[13]

1.2.3.7 Sistemas de información con los que cuenta la Unidad

Las actividades que realiza este módulo deben ser reportadas al Subsistema de Prestación de Servicios que forma parte del Sistema de Información en Salud (SIS) y capta las actividades realizadas en las unidades médicas y fuera de ellas, así como de los establecimientos de apoyo como es el Laboratorio Estatal de Salud Pública, entre otros.

Esto tendrá como soporte los lineamentos 2013 expedido por el subsistema de Prestación de servicios, dependiente de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) cuya última modificación se realizó el 19 de febrero de 2013.[14]

En estos lineamientos se establecen las primeras cinco disposiciones que son las siguientes:[14]

1. Estas disposiciones tienen aplicación en todas las unidades y establecimientos de la Secretaría de Salud que llevan a cabo funciones de integración de información en prestación de servicios.

2. El reporte de actividades realizadas en unidades, establecimientos de apoyo, así como fuera de la unidad y en la comunidad deberán ser asociados e identificados mediante la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). Para el caso de actividades fuera de la unidad estas serán asociadas con la CLUES de la unidad de salud o bien de un establecimiento según sea el caso y para las actividades comunitarias deberán ir acompañadas de la clave CLUES de la Jurisdicción Sanitaria.

3. Los formularios aquí referenciados serán de uso obligatorio por lo que los prestadores de servicios deberán apegarse a la normatividad.

4. El informe mensual abarca desde el día 26 del mes en curso al día 25 del siguiente mes. Su integración deberá llevarse a cabo durante los cinco primeros días posteriores al último día del mes estadístico al que corresponde la información.

5. El informe mensual deberá mantenerse en resguardo en la unidad médica por un periodo de cinco años, independientemente si se trata de informes en papel o electrónicos.

Para lo anterior se tiene un manual denominado: Manual de Procesos de Sistema de Información en Salud. Prestación de Servicios 2013, el contenido de este

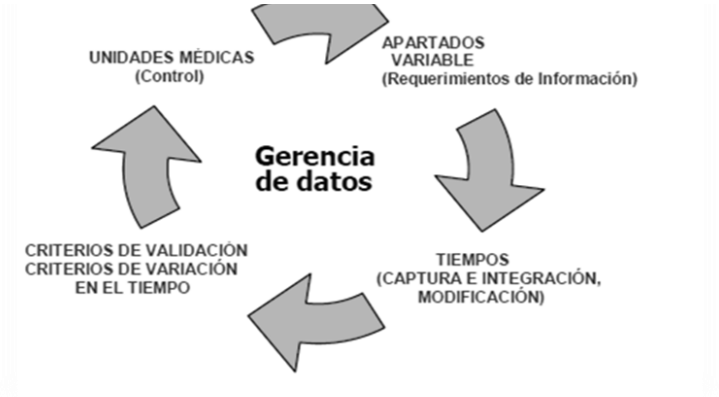
Manual se define en estricto apego a la NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud.

Entre las principales actividades comprendidas en el macro proceso de generación de información en Prestación de Servicios destacan: el registro del dato y su verificación, recolección y captura, integración de datos, generación de archivos electrónicos, así como la difusión, análisis y uso de la información.[15]

Todos los involucrados en los procesos dispondrán de este documento para consulta permanente y, con ello, podrán impulsar la eficiencia, eficacia del proceso, así como la calidad y oportunidad de la información.[15]

Para ubicar la captura de información y el ciclo que se realiza para la utilización de los datos según el manual se expone la siguiente imagen.

Imagen 1 Gerencia de datos DGIS 2013



Fuente: DGIS. Manual de procesos. Sistema de Información en salud. Prestación de Servicios 2013.

En el caso del módulo El Castillo por ser un Núcleo Básico de Servicio en Salud (NBSS) éste reporta al centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada y utiliza los siguientes instrumentos de recolección de datos oficiales:

- Registro diarios de pacientes en consulta externa SIS- SS-A1 Y SIS-SS-01P-Bis.
- Promoción de la salud, escuela y salud SIS-SS-07-P.
- Concentrado mensual de enfermería, biológico y médico.
- Reporte mensual de vigilancia epidemiológica.
- Estrategia de extensión de cobertura para planificación familiar SIS-SS- F2 2013.
- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, concentrado de actividades de la auxiliar de salud SIS-SS-ACS 1 Y 2.
- Informe mensual de actividades fuera de la unidad médica SIS- FU- 2013
- Registro de actividades de parteras tradicionales mensual SIS- SS- VES 2 Y 2-1 2013

Además llevan un registro de tarjetas denominada cédulas de micro diagnóstico en donde registran en forma individual los datos relevantes del paciente, del diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo al programa de prevención y control al que esté inscrito, en donde registran de forma individual los datos relevantes de los pacientes, del diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Para esto el coordinador del módulo designa un responsable que regularmente es el enfermero y la auxiliar de salud.

En ellas registran datos de control nutricional, control de mujer embarazada y lactancia, lepra, tuberculosis, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico, brucelosis y teniasis/cisticercosis, deberán contar con una tarjeta de registro y control de caso, cuya apertura se llevará a cabo en la unidad médica, en éste caso es en el módulo en donde además de conocer el caso se realiza el control y seguimiento del mismo.

Agregan un registro más, que es sobre el agua y su cloración, en donde se lleva un control diario a través de un monitoreo por muestra de la misma y donde se generan un reporte a la Jurisdicción V y al Sistema de Agua y Saneamiento municipal.

1.2.3.8 Área de influencia de la unidad y población de responsabilidad

La cobertura que posee el módulo de salud de El Castillo es de 7 localidades que hacen una población total de 6,972 habitantes, se les brinda atención a población abierta, población del Seguro Popular y del Programa Social Oportunidades.

Dentro de las localidades principales que se atienden en el módulo se encuentran El Castillo, El Tronconal, Ejido "Fernando Gutiérrez Barrios", Castillo Chico, El Plan, Ojo Zarco y Rancho El Dólar.

Tabla 1 Población del área de influencia del módulo El Castillo del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada 2010

Localidad	**Habitantes**
El Castillo	5,154
El Tronconal	1,014
El Plan	362
Castillo Chico	211
Ejido Fernando Gutiérrez Barrios	126
Ojo Zarco	101
Rancho El Dólar.	4
Total	6,972

Fuente: Censo de población y vivienda. 2010. INEGI.

1.2.3.9 Características de la demanda de servicios

En el módulo El Castillo los servicios más solicitados por la población son los siguientes:[12]

- Salud del adulto y el anciano
- Detección, control y tratamiento de diabetes mellitus (servicio con mayor demanda).
- Detección, control y tratamiento de casos de hipertensión arterial
- Control del niño sano, tamiz y vacunas
- Salud reproductiva donde se realiza el control y seguimiento de la planificación familiar (dotación y control de métodos anticonceptivos), control del embarazo y lactancia.

1.2.4 Marco jurídico

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos[16]

Artículo 4°

Menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Se definen bases y modalidades para acceso a los servicios de salud, indica el derecho al medio ambiente adecuado para el desarrollo, marca el derecho a la alimentación y vivienda dignas.

- Ley general de salud[17]

Artículo 1º

Reglamenta el derecho a la protección de la salud.

Artículo 2º

El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre.

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Artículo 23º

Para los efectos de esta Ley, 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.

Artículo 27º

Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.

Artículo 50º

Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 77º bis 1

Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

1.3 Planteamiento del problema

1.3.1 Delimitación del problema

Conocer el estado de salud-enfermedad de la población que habita dentro del área de influencia del módulo El Castillo es relevante para orientar las acciones de los prestadores de servicios de salud, así como, conciliar las demandas de los usuarios, cumplimiento de metas y planear estrategias para mejorar la condición de salud actual.

Tomando como referencia la mortalidad del año 2012 para el municipio de Xalapa, las tasas de las diez primeras causas por cada 10,000 habitantes fueron:

Diabetes mellitus con una tasa de 111.4, enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 36.7, cirrosis y otras enfermedades del hígado con una tasa de 33.4, enfermedad cerebro vascular con una tasa de 30.3, agresiones (homicidios) con una tasa de 21.9, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 21.4, enfermedades hipertensivas 15.5, infecciones respiratorias agudas 14.8, nefritis y nefrosis 14.8 y VIH/SIDA con una tasa de 8.4.

Al ser la primera causa de mortalidad, la diabetes mellitus es un problema de salud pública, en la ciudad de Xalapa se presentó una mortalidad de 473 habitantes durante el año 2012 y tomando como referencia la mortalidad en México, la diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la población con 366.66/100,000 habitantes, mientras que en el estado de Veracruz las incidencias en el 2009 fue de 246.79 por cada 100,000 habitantes(Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Incidencia de Diabetes Mellitus no insulinodependiente (Tipo II) 2006. Dirección General de Epidemiología/SSA, México).

Con lo que respecta a la morbilidad, específicamente al centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada las primeras causas para el 2012, fueron:

Infecciones respiratorias agudas con una tasa de 309.7 por cada 10,000 habitantes, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas con

una tasa de 57.7, infecciones de vías urinarias con 35.3, conjuntivitis con una tasa de 20.9, ulceras, gastritis y duodenitis con una tasa de 16.7, mordeduras por perro con una tasa de 10.8, violencia intrafamiliar con una tasa de 7.5,hipertensión arterial con una tasa de 6.3, varicela con una tasa de 5.4, y candidiasis urogenital con una tasa de 4.4.

Por lo anterior se considera la hipertensión arterial como un problema de salud pública en cuanto a la morbilidad, ya que es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer otras enfermedades, como enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal.

Con todo lo anterior es importante conocer, cuales son los factores de riesgo de la hipertensión ya que de esta forma se podrán realizar recomendaciones a la institución de salud para su prevención, control y tratamiento específico que ayude a mejorar la salud de la población referida.

1.3.2 Justificación

El diagnostico de salud es una herramienta que ayuda a conocer y analizar los factores que influyen en el estado de salud de la comunidad. Constituye el conocimiento de la situación de salud de una población.

Resulta de gran importancia la elaboración de diagnósticos de salud para ampliar los datos existentes e incluir otros aspectos importantes que influyen en el nivel de la salud de una colectividad y así realizar acciones que la favorezcan, mismas que tengan como objetivo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Por otro lado, es necesario realizar un diagnóstico completo de la población de responsabilidad del módulo El Castillo, para conocer las necesidades de salud de la misma, esto a razón de la inexistencia de un estudio reciente y completo que refleje el estado actual de las condiciones de salud, factores de riesgo y características de la oferta y demanda de los servicios de salud.

Los resultados del diagnóstico podrán ser utilizados para proyectos de intervención que favorezcan o restauren la salud de la población usuaria del módulo El Castillo.

Cabe señalar que otro punto importante como futuros sanitaristas es la adquisición de conocimientos y destrezas adecuadas para poder desarrollar este tipo de estudios, ya que son la base de la planeación de los servicios de salud y la toma de decisiones en salud, función básica de los profesionales encargados de la salud pública.

1.3.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo y los daños a la salud en la población de influencia del núcleo básico de servicios de salud en la comunidad de El Castillo, perteneciente al municipio de Xalapa?

1.3.4Objetivos

1.3.4.1Objetivo general

Determinar los principales daños a la salud y sus factores asociados, en los habitantes del área de influencia del núcleo básico de la localidad de El Castillo.

1.3.4.1Objetivos Específicos:

1. Describir las características demográficas y económicas de la población.
2. Describir la demanda, percepción de la atención y gasto de la población en los servicios de salud.
3. Identificar los daños a la salud presentes en la población de El Castillo.
4. Conocer los factores de riesgo asociados a los daños detectados.
5. Proponer alternativas de solución a la problemática identificada.

1.4 Metodología

1.4.1 Diseño de la investigación

La metodología de la presente investigación es de tipo cuantitativo, ya que la recolección de los datos se realizó con base a la medición numérica y el análisis de patrones de comportamiento descriptivo, lo que cumple con los fines de la investigación. Las características del diseño del estudio son las siguientes:[18]

- Descriptivo porque de describió la incidencia de las modalidades de las variables del grupo de estudio, además, de especificar las propiedades, características y rasgos importantes de los fenómenos estudiados.[18]
- Transversal por que se estudian las variables en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.[18]
- Observacional ya que no se está manipulando ninguna exposición, solo se tomaron datos de la situación.[19]

1.4.2 Definición del universo, tipo de muestreo y muestra

El total de la población fue de 1835 familias, mismas que fueron calculadas dividiendo el total de la población del área de influencia del módulo El Castillo (6972)[20] entre el promedio de ocupantes por vivienda habitada reportado por el INEGI en el Censo de Población y Vivienda 2010.

El muestreo del estudio es de tipo probabilístico por conglomerado y sistemático.

- Probabilístico porque todos y cada uno de los elementos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados.
- Por conglomerado ya que se realizó una selección de la muestra en siente conglomerados y en cada uno de ellos se seleccionaron los casos que se midieron.
- Sistemático por que se calculó un numero de selección sistemática, que fue el intervalo numérico que sirvió de base para la selección de la muestra.

La muestra se calculó en el programa de análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT versión 3.0 y donde se utilizaron los siguientes datos:

- El total de familias fue de 1835, mismo que se calculó dividiendo 6972 que es el total de habitantes del área de influencia del módulo de El Castillo entre el promedio de ocupantes por vivienda habitada (3,8) que reporto el INEGI en el Censo de Población y Vivienda 2010.
- Nivel de confianza de 95%
- 8 % de precisión
- Proporción esperada de 31.5%, la cual representa la Prevalencia de hipertensión arterial reportada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

Obteniendo una muestra de 128 familias.

1.4.3 definiciones conceptuales y operaciones de variables e indicadores (Anexo 1)

1.4.4 Técnicas e instrumento para la recolección de la información

La recolección de la información se llevó a cabo mediante un solo instrumento, el Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013, estuvo conformado por 152 ítems y estructurado con los siguientes cinco apartados: uso de los servicios de salud con 21 ítems, características demográficas con 44 ítems daños a la salud con 29 ítems, características de la vivienda con 20 ítems e información del entrevistado con 38 ítems.

Se aplicó el instrumento a las familias seleccionadas según el tipo muestreo empleado en las siete comunidades pertenecientes al área de influencia del núcleo básico del módulo de El Castillo.

1.4.5 Elaboración y prueba del instrumento

Se elaboró el Cuestionario para Diagnostico de Salud ISP UV 2013, tomándose en cuenta los principales componentes para la elaboración de un diagnóstico de salud (factores condicionantes y de riesgo, daños a la salud y servicios de salud). Fue elaborado en el mes de octubre del 2013 en la ciudad de Xalapa, Veracruz, los autores fueron alumnos y docentes de la Maestría en Salud Publica generación 2013-2015 del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Para la elaboración del instrumento se establecieron seis equipos conformados por alumnos de la maestría en salud pública, cada equipo busco las diez principales causas de mortalidad y morbilidad de las sedes donde se realizaría el diagnóstico de salud para la realización de la priorización de daños. Posteriormente se acordó tomar las principales causas de mortalidad de Xalapa, Veracruz para la priorización y para la morbilidad se obtuvieron datos de cada una de las sedes. Después de obtener los datos antes mencionados cada equipo realizo el proceso de priorización de daños por el método tipo matricial donde se midió la carga de daño de salud a través de los criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

Una vez obtenida la priorización de mortalidad y morbilidad se eligieron las tres primeras enfermedades con más puntuación, quedando seis daños priorizados, tres para mortalidad y tres para morbilidad. Posteriormente se designó a cada equipo una enfermedad para que se buscaran factores de riesgo de la misma.

Los factores encontrados para cada enfermedad se establecieron como variables y se operacionalizó cada una de ellas, dicho procedimiento fue verificado por los docentes del Instituto en Salud Pública para la posterior realización de ítems por variable que conformarían el instrumento mencionado al inicio de este apartado.

Del mismo modo se realizó una prueba piloto donde aplicaron 56 cuestionarios en familias similares a las poblaciones en estudio y se realizó un análisis de los mismos por los investigadores pertenecientes al Instituto de Salud Pública de la

Universidad Veracruzana, realizando modificaciones en ítems que fueron inadecuados para el objetivo del estudio.

1.4.6 Definición de los mecanismos para la recolección, el procesamiento y el análisis de la información

Para la recolección de los datos se aplicó el Cuestionario para Diagnostico de Salud ISP UV 2013 por los autores del estudio. Se trabajó con una base de datos para el procesamiento y análisis de la información en el programa Microsoft Office Excel 2010 (Redmond Washington, EU) para el cálculo de frecuencias y porcentajes. Se utilizó el programa de análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT para la construcción de la pirámide poblacional.

2. Ejecución del diagnóstico de salud

2.1 Recolección y procesamiento de la información

2.1.1 Descripción de la recolección de la información

La recolección de la información se llevó a cabo por los cinco autores del presente estudio, mismos que son estudiantes de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

El equipo que realizo el diagnóstico se documentó bibliográficamente para la elección correcta de su población muestral, de tal modo que la anterior fuera representativa para cumplir con los objetivos del estudio.

Para la elección de las familias se llevó a cabo un muestreo aleatorio por conglomerados y sistemático, determinando como conglomerados a las siete comunidades que pertenecen al área de influencia del módulo El Castillo, y por cada conglomerado se estableció de manera proporcional al total de familias que lo conformaban el número de familias que serían encuestadas.

Una vez establecido el número de familias que se encuestarían en cada uno de los conglomerados se eligió de manera aleatoria las manzanas en las cuales se aplicaría el instrumento y posteriormente en las manzanas elegidas se calculó un numero de selección sistemática para determinar las familias a las que se les aplicaría el instrumento.

Inicialmente se programaron tres días para la aplicación del instrumento por los asesores internos de los autores del presente diagnóstico: 31 de octubre, 5 y 6 de noviembre del 2013, sin embargo, debido a los siete conglomerados que incluyeron el y a la distribución geográfica de los mismos los realizadores del estudio programaron tres días más: 8, 9 y 10 de noviembre del 2013.

En los casos en los cuales la familia elegida no se encontrara en su vivienda o no aceptara participar en el estudio se encuesto a la familia contigua izquierda y de ser el mismo caso la derecha y así sucesivamente hasta lograrse la aplicación del instrumento.

A cada familia se le explico antes de iniciar la encuesta el objetivo de la misma, solicitando verbalmente su consentimiento e identificándonos como estudiantes del programa de la Maestría en Salud Pública.

2.1.2 Descripción del procesamiento de la información

Una vez aplicado el total de instrumentos establecidos al calcular la muestra se procedió al procesamiento y análisis de los datos obtenidos. Cada uno de los autores de la investigación vacío proporcionalmente al total de los cuestionarios aplicados la información obtenida a la base de datos utilizada, misma en la que se calcularon frecuencias y porcentajes de cada una de las variables objeto del estudio.

Se elaboraron gráficas y tablas de las variables en las al realizar su procesamiento se hayan obtenido datos relevantes y se describió cada una de ellas. En el programa EPIDAT se elaboró la pirámide poblacional, ingresando a dicho programa el total de las personas de las que se obtuvo información, diferenciándolas en el mismo por grupos quinquenales.

2.2 Resultados del diagnóstico

2.2.1 Características demográficas

Al aplicarse el instrumento a las 128 familias de la población de responsabilidad del módulo el Castillo se obtuvieron datos de 501 individuos, de los cuales 256 son mujeres y 245 hombres, esto corresponde a un 49% y 51% respectivamente sobre el total de la muestra (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población por sexo correspondiente a la población muestral del área de responsabilidad del módulo del Castillo, Veracruz, 2013

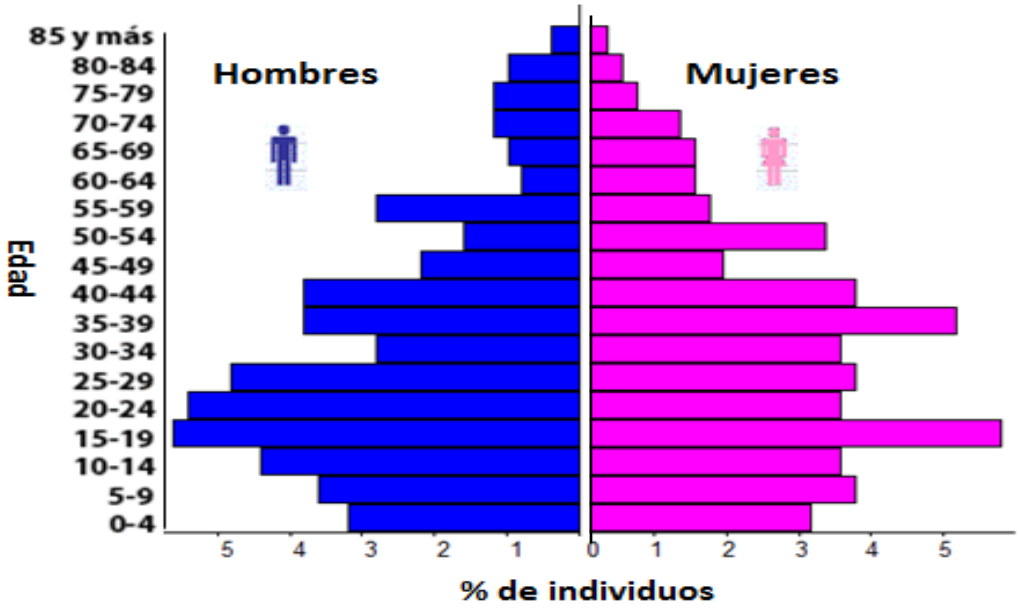
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	245	49%
Mujeres	256	51%
Total	501	100%

Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013 n= 501

Pirámide poblacional

La población muestra del área de responsabilidad del módulo el Castillo presenta una tendencia regresiva en forma de bulbo ya que presenta una natalidad y mortalidad reducida (gráfica 1). De acuerdo al índice de Friz esta población es considerada madura, con un índice de dependencia de 46, es decir que por cada 100 personas que trabajan dependen 46. En cuanto a población activa se refiere, encontramos que por cada 100 habitantes hay 54 en edad de trabajar, por último encontramos que la edad media de esta población es de 33 años.

Gráfico 1. Distribución de la población muestra por edad quinquenal del área de responsabilidad del módulo de El Castillo, Xalapa, ver, 2013



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013 n=501

La proporción de analfabetismo general en el área de responsabilidad del castillo es de 11% (Grafico 1), es decir 43 individuos de los 396 mayores de 14 años no saben leer ni escribir, de estos 19 son hombres y 24 mujeres lo que corresponde al 5 y 6% (Tabla 3).

Tabla 3. Proporción de analfabetismo/alfabetismo de la población muestra del área de responsabilidad del módulo del Castillo Xalapa, Ver. 2013

	No. de individuos mayores de 14 años	No.de individuos mayores de 14 años que no saben leer ni escribir un recado	% de analfabetas	% de alfabetos
Hombres	198	19	5%	95%
Mujeres	198	24	6%	94%
Total	396	43	11%	89%

Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013 n=501

2.2.2 Priorización de daños a la salud

Como sabemos, priorizar es ubicar los problemas de acuerdo a un orden de importancia, y es recomendable su realización ya que amerita cierto grado de objetividad. Este ejercicio se le conoce como priorización de daños a la salud, el cual mediante diversos métodos se obtiene un resultado numérico (juicios de valor) para cada uno de los problemas de salud en una población y, de esta manera, determinar su abordaje y la intervención del mismo.

Existen múltiples técnicas y modelos de priorización, algunas de ellas apoyadas en valoraciones cuantitativas, otras en juicios de cualitativos. La priorización es un proceso ético y político de contrastación de valores e intereses alrededor de los hechos.

Para fines de nuestro diagnóstico realizamos la priorización con un método tipo matricial, donde miden la carga del daño de salud a través de los criterios: magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

- **Magnitud,** que es un indicador que mide el daño que producen las enfermedades, permitiendo establecer su importancia relativa en un listado categorizado de problemas.
- **Trascendencia**: se mide en términos del impacto social que los problemas a seleccionar tienen para la población, es decir, cuanto se ha reducido el indicador utilizado en relación a la patología estudiada.
- **Vulnerabilidad**: refleja la sensibilidad del problema frente a una acción preventiva o curativa y está íntimamente ligado al concepto de eficacia de las intervenciones, que se refiere a la capacidad de estas para reducir o solucionar un problema.

Para la priorización de mortalidad primero se obtuvieron las tasas de las primeras 10 causas de mortalidad de la ciudad Xalapa (magnitud), cinco fueron de tipo transmisible y cinco no transmisibles. Posteriormente, se calcularon los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) de las 10 primeras causas de muerte de Xalapa (trascendencia) para realizar el cálculo, se utilizó el número de defunciones por grupo quinquenal de dicha causa. Para calcular la trascendencia del daño se

calculó la razón estandarizada de mortalidad (REM) para ello se comparó las tasa de mortalidad de población de la ciudad de Xalapa con las tasas de mortalidad de una población de referencia, en este caso con el estado de Nuevo León, estado que presenta tasas inferiores en mortalidad. Por último, se multiplicaron los tres criterios antes mencionados (magnitud, trascendencia y vulnerabilidad) y los puntajes se ordenaron de mayor a menor, siendo las tres primeras causas de mortalidad las priorizadas.

Respecto para la priorización de morbilidad se realizó mediante la multiplicación de dos criterios (magnitud y trascendencia), para la magnitud se utilizaron las tasas de morbilidad del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada y para la trascendencia se utilizaron las tasas de mortalidad de dicha enfermedad de la ciudad de Xalapa. Al igual que la priorización de mortalidad, el resultado de la multiplicación se ordenó de mayor a menor, siendo las tres primeras enfermedades las priorizadas.

Tabla 4. Principales causas de Enfermedad General en el Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada, 2012

No.	Diagnóstico	Casos	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	1,315	309.7
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	245	57.7
3	Infección de vías urinarias	150	35.3
4	Conjuntivitis	89	20.9
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	61	16.7
6	Mordeduras por perro	46	10.8
7	Violencia intrafamiliar	32	7.5
8	Varicela	23	5.4
9	Hipertensión arterial	21	6.3
10	Candidiasis urogenital	19	4.4

*Tasas por 100,000 Habitantes **Fuente: SUAVE/UIES Semana 1-52

Tabla 5. Principales causas de Mortalidad General de Xalapa, Veracruz. 2012**

	Causa	Defunciones	Tasa*
1	Diabetes mellitus	473	111.4
2	Enfermedades isquémicas del corazón	156	36.7
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	142	33.4
4	Enfermedad cerebrovascular	129	30.3
5	Agresiones (homicidios)	93	21.9
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	91	21.4
7	Enfermedades hipertensivas	66	15.5
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	63	14.8
9	Nefritis y nefrosis	63	14.8
10	VIH/SIDA	36	8.4

*Tasas por 100,000 Habitantes

**Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). CUBO del sistema epidemiológico estadístico de las defunciones, 2012.

Morbilidad

De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud la principal enfermedad que se presentan en el Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada al que pertenece el Modulo El Castillo es infecciones respiratorias agudas, tal como sucede en el resto de las unidades de salud del municipio de Xalapa en el año 2012. Las tres primeras causas de morbilidad priorizadas se destacan: infecciones respiratorias agudas (IRA), hipertensión arterial (HTA) e infecciones intestinales agudas (EDA).

Tabla 6. Priorización de Morbilidad del Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada en Xalapa, Veracruz. 2012**

Enfermedad	TMorb*	TMC*	Priorización
Infecciones respiratorias agudas	309.7	15.07	4667.17
Hipertensión arterial	6.3	15.54	97.90
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	57.7	1.41	81.35

*Tasas por 100,000 Habitantes

**Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de SUAVE/UIES Semana 1-52

Mortalidad

Respecto a la priorización de mortalidad, utilizamos las principales causas de mortalidad del municipio de Xalapa proporcionadas por la Secretaría de Salud. Las tres primeras causas de mortalidad priorizadas se destacan: diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y VIH/SIDA.

Tabla 7. Priorización de Mortalidad General por causa de Xalapa, Veracruz. 2012**

Causa	TMC*	AVPP	REM	Priorización
Diabetes mellitus	111.41	4350.00	17.70	8,578,012.95
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	33.44	2200.50	26.63	1,959,561.09
VIH/SIDA	8.50	1157.01	36.32	356,351.70

*Tasas por 100,000 Habitantes.

Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). CUBO del sistema epidemiológico estadístico de las defunciones, 2012.

2.2.3 Daños a la salud y factores de riesgo en el área de influencia del módulo El Castillo

Daños a la salud

Hipertensión arterial (HTA)

Para la aplicación del número de cuestionarios se utilizó la prevalencia de hipertensión nacional, la cual fue de 31.5% de acuerdo con la ENSANUT 2012.

De acuerdo con la información recabada en los cuestionarios se encontraron 38 individuos (11.4%) de 20 años y más con hipertensión arterial y 294 individuos (88.6%) sin dicha enfermedad de un total de 332 individuos (tabla 8).

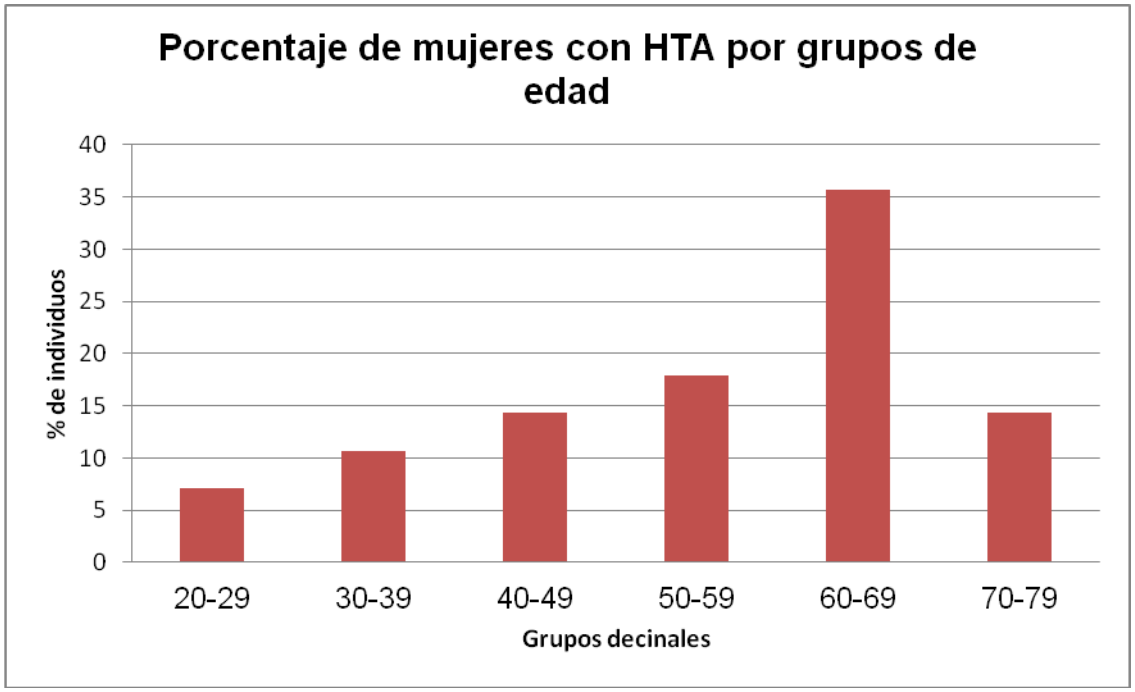
Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de individuos de 20 años o más de edad con hipertensión de la muestra de estudio del área de influencia del módulo El Castillo. Xalapa, Ver. 2013.

Hipertensión	f	%
Con HTA	38	11.4
Sin HTA	294	88.6

Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=332

De la población con hipertensión arterial (HTA) se encontró un mayor número de mujeres (74%) con la enfermedad que de hombres (26%). Siendo la mujeres en donde hay más casos con hipertensión referidos en la encuesta aplicada, 28 mujeres en total. Se agruparon los casos por grupos de edad (gráfico 5).

Gráfico 5. Porcentajes de mujeres con hipertensión de 20 años o más agrupadas por edad de la muestra de estudio del área de influencia del módulo El Castillo. Xalapa, Ver. 2013.



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013 n=28

Respecto al tratamiento, cabe señalar que de las personas que nos refirieron tener hipertensión, el 18.4% no reciben tratamiento para dicha enfermedad (tabla 9.)

Tabla 9. Frecuencia de individuos de 20 años o más de edad con hipertensión que reciben tratamiento médico la muestra de estudio del área de influencia del módulo El Castillo. Xalapa, Ver. 2013.

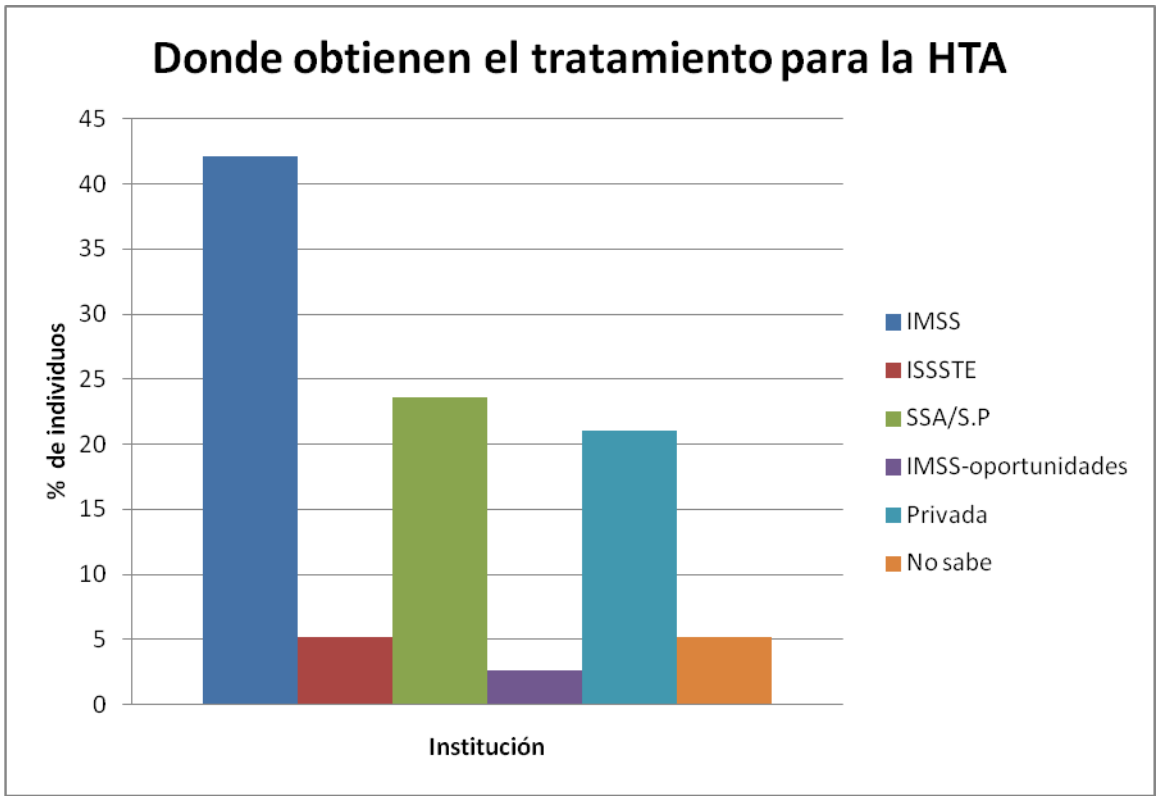
Hipertensión	f	%
Si	31	81.6
No	7	18.4

Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=38

Las personas que tienen hipertensión arterial (HTA), el 42.1% reciben su tratamiento en el IMSS, el 23.6% en la SSA-Seguro popular, el 21% acude a consulta particular para recibir su tratamiento, el 5.2% recibe su tratamiento en el

ISSSTE, el 2.6 en IMSS Oportunidades y el 5.2% no sabe, de un total de 38 individuos con HTA registrados en los cuestionarios aplicados en el área de influencia de El Castillo (gráfico 6).

Gráfico 6. Institución en donde la muestra de estudio del área de influencia del módulo El Castillo obtienen su tratamiento para la hipertensión. Xalapa, Ver. 2013.



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013. n=38

Otro factor de riesgo para la hipertensión arterial es el consumo en exceso de sal y con respecto la información recabada refirieron que en 29 familias (23%) si agregan más sal a sus alimentos ya preparados de un total de 128 familias. Además, el 28% de las familias encuestadas consumen alimentos procesados, es decir, alimentos enlatados y embutidos.

Diabetes

De acuerdo con la información recabada en los cuestionarios y mostrada en la tabla 10 se encontraron 28 individuos (8.4%) de 20 años o más de edad con diabetes y 304 individuos (91.5%) sin dicha enfermedad de un total de 332 individuos (tabla 10).

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de individuos de 20 años o más de edad con diabetes de la muestra de estudio del área de influencia del módulo El Castillo. Xalapa, Ver. 2013.

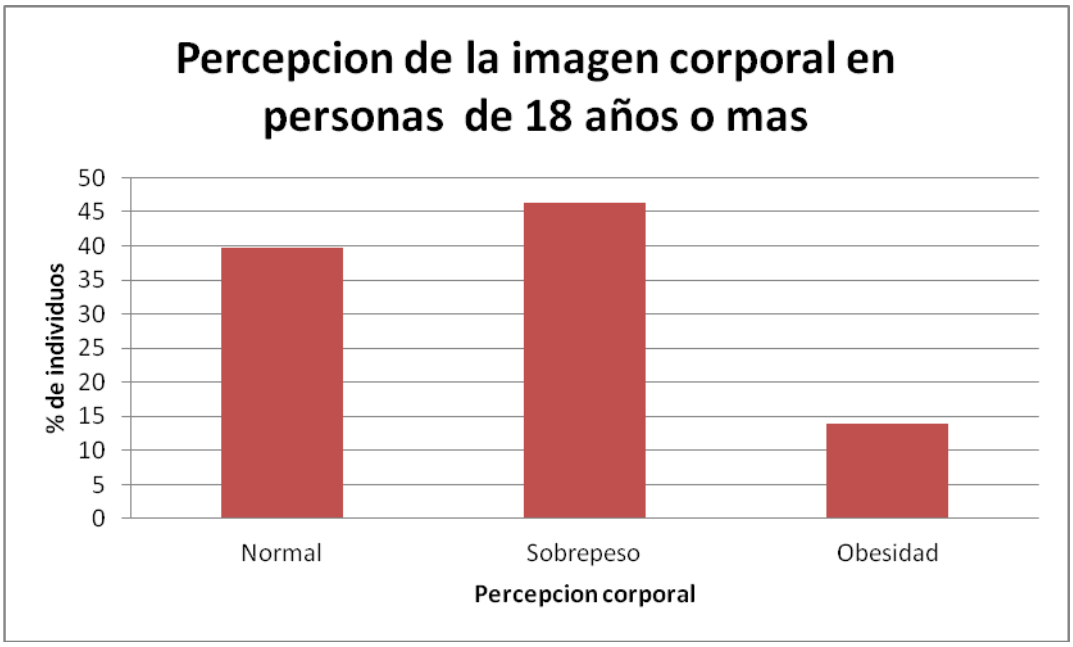
Diabetes	f	%
Si	28	8.4
No	304	91.5

Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=332

De las personas con diabetes (28 individuos) el mayor número de casos corresponde a las mujeres con un 61%, mientras que los hombres ocupan el 39%

El cuestionario incluyó una detallada estimación de la imagen corporal mediante la selección de la silueta que mejor representaba la imagen del participante y la de los demás miembros de la familia, en un juego de nueve siluetas, en rangos que iban desde muy delgada hasta extremadamente obesa. La percepción de imagen corporal dibujos 1-3, 4-6 y 7-9, para normal, sobrepeso y obesidad, respectivamente. De acuerdo a lo anterior, la percepción de la imagen corporal de la población de estudio se percibe en un 37.7% como normal, el 46.3% con sobrepeso y el 13.9% con obesidad en un total de 352 individuos (gráfico 7). Cabe señalar que este método original solo es aplicable para el entrevistado (a).

Gráfico 7. Porcentaje de la percepción de la imagen corporal en individuos de 18 años o más de edad de la muestra de estudio del área de influencia del módulo El Castillo. Xalapa, Ver. 2013.



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013. n=501

Condiciones de vivienda

Tabla 11. Porcentajes de familias que cuentan con servicio de drenaje y energía eléctrica de la muestra de estudio del área de influencia del módulo El Castillo. Xalapa, Ver. 2013.

	Drenaje		Ener. Elec	
	f	%	f	%
Si	109	85.1	107	83.6
No	19	14.8	21	16.4

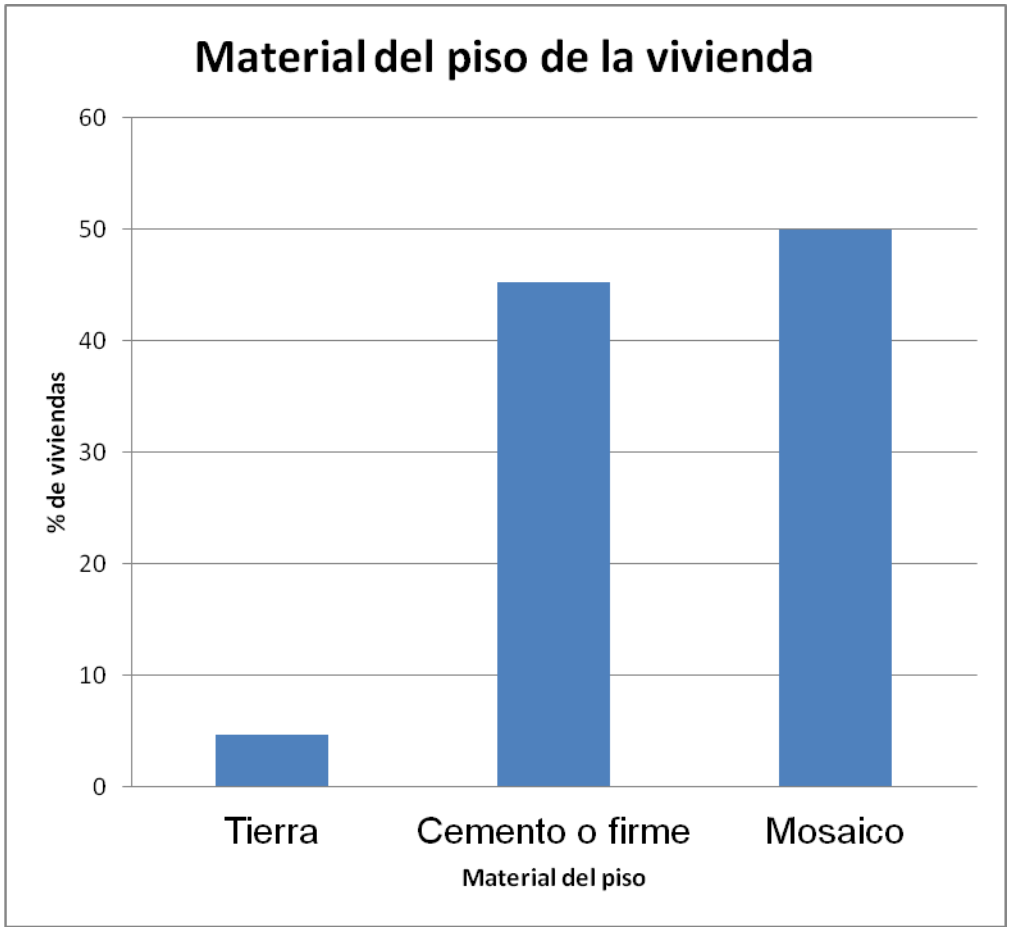
Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

En la tabla anterior se muestra el porcentaje de viviendas que cuentan con el servicio de drenaje, teniendo como resultado que el 85% de las viviendas cuenta con este servicio, mientras que el 15% no cuenta con él servicio de drenaje, de un total de 128 viviendas. Respecto con las viviendas que no cuentan con servicio de

drenaje, estas desechan sus aguas negras al aire libre, a orilla de calle. Así mismo, podemos observar el porcentaje de viviendas que cuentan con energía eléctrica, teniendo como resultado un 84% de las viviendas que si cuentan con energía eléctrica y un 16% que no cuenta con este servicio de un total de 128 viviendas.

Respecto al material con el que está hecho la mayor parte del piso las familias encuestadas (128), el 50% tienen mosaico, el 45.3% tienen piso de cemento o firme y el 4.7% de las viviendas tienen piso de tierra (gráfico 8).

Gráfico 8: Porcentaje sobre el material con el que está hecho el piso de las viviendas de la muestra de estudio del área de influencia del módulo El Castillo. Xalapa, Ver. 2013.



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

En lo que se refiere al combustible que se utiliza para cocinar, de las 128 familias encuestadas 114 refirieron utilizar gas, lo que corresponde al 89% de las viviendas, mientras que en 14 de ellas utilizan leña es decir el 11%.

Información del entrevistado

Dentro de las enfermedades priorizadas en mortalidad para el municipio de Xalapa fue la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), cirrosis y VIH. Al entrevistado se le realizo una serie de preguntas respecto a su conocimiento de las enfermedades antes mencionadas y los resultado son los siguientes.

Comparado el conocimiento general sobre la DM2 con la cirrosis se puede observar que hay un mayor conocimiento en cuanto a la diabetes;; sin embargo, a pesar de que la DM2 es una patología frecuente en temas específicos como lo son sus causas, síntomas y complicaciones hay una gran desinformación por parte de la población muestra estudiada con porcentajes casi del 50% entre si tienen el conocimiento o no.

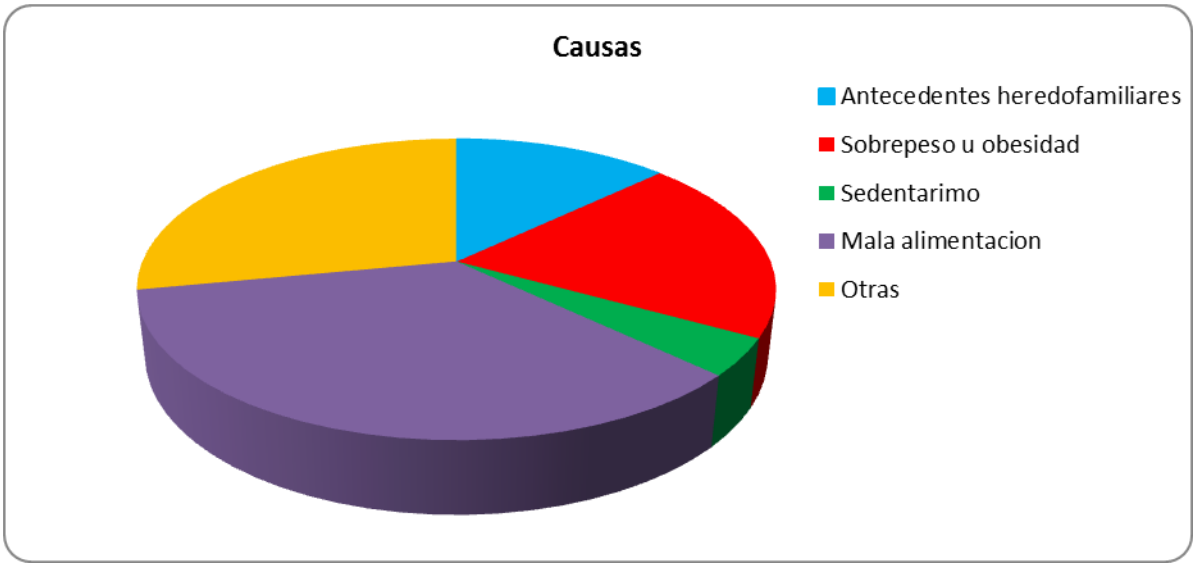
Tabla 12. Conocimientos sobre las causas, síntomas y complicaciones de la DM2. Causas de la hepatitis B y C y sobre la cirrosis, en la población muestra del área de influencia del módulo del Castillo.

Conocimientos	Si	No	No sabe	No contesta
Causas DM2	42	52	5	1
Síntomas DM2	48	41	9	2
Complicaciones DM2	48	38	10	3
Causas hepatitis B y C	5	80	15	1
Causas cirrosis	53	30	16	2
Complicaciones cirrosis	13	55	28	2

Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

Dentro de las causas que mencionaron los entrevistados para enfermar de DM2 encontramos en primer lugar la Mala alimetacion con el 35%, seguido de “otras causas” donde destacan respuestas populares como el susto, el enojo, etc. (Gráfico 9).

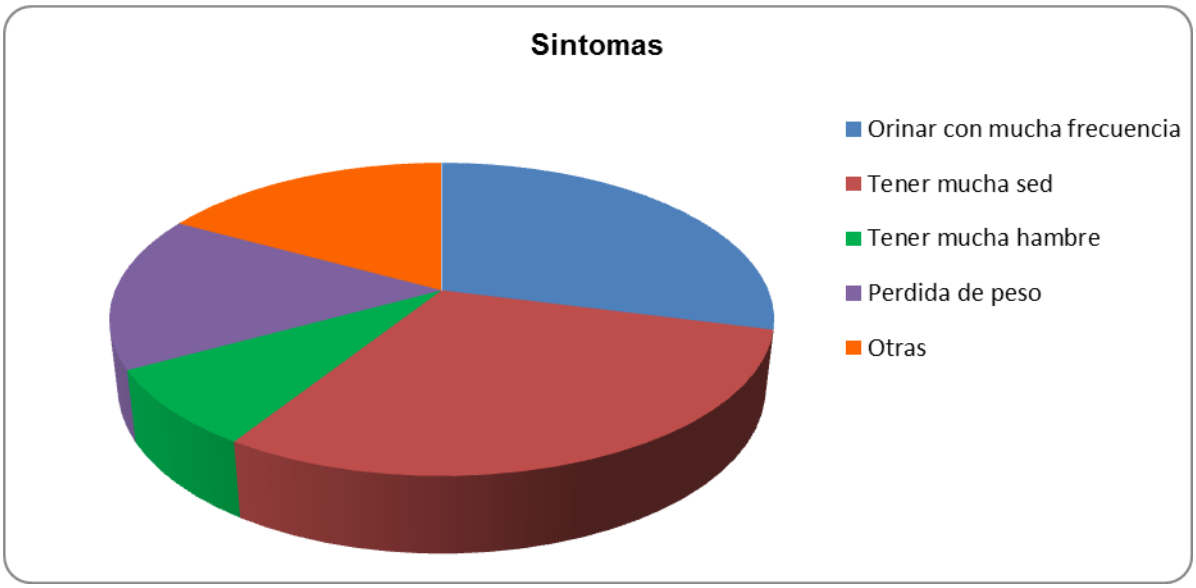
Gráfico 9. Causas mencionadas para enfermar de DM2 según la poblacion muestra del ares de responsabilidad del Modulo del castillo, Xalapa Ver 2013.



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

Cuando preguntamos a la población muestra sobre los síntomas que presentaban las personas con DM2 las principales respuestas fueron tener mucha sed ocupando el primer lugar con 30% y en segundo lugar con un resultado muy similar con el 29% fue orinar con mucha frecuencia y en último lugar nos mencionaron el tener mucha hambre.

Gráfico 10. Sintomas mencionados que presentan las personas con DM2 según la poblacion muestra del área de responsabilidad del Módulo del Castillo, Xalapa Ver 2013.



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

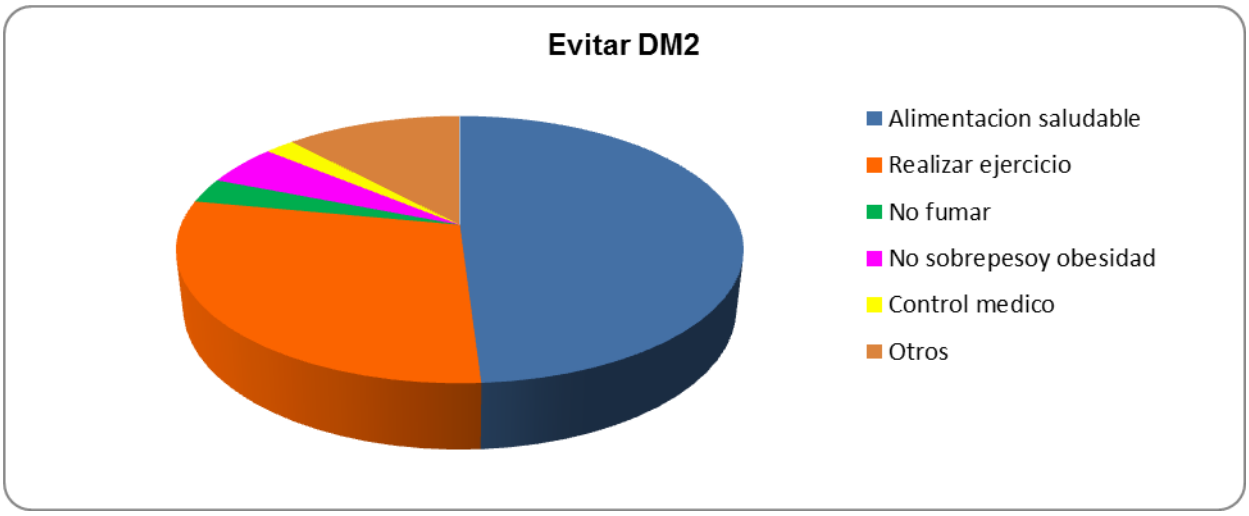
En cuanto a información sobre las complicaciones que presentan los diabéticos al no seguir un tratamiento adecuado (gráfico 11), las personas entrevistadas nos mencionaron complicaciones como mareos, diarrea, depresión, piel reseca, debilidad etc., estas complicaciones fueron agrupadas en “otros”. En segundo lugar en cuanto a complicaciones ser refiere nos mencionaron la nefropatía.

Gráfico 11. Complicaciones que presentan las personas con DM2 según la población muestra del área de responsabilidad del Módulo del Castillo, Xalapa Ver 2013.

Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

Finalmente en cuanto al tema de DM2 preguntamos sobre lo que se debe hacer para evitar enfermarse de diabetes, encontrando que el 49% de la población menciono que mediante una alimentación saludable, seguido por la realización de ejercicio físico (gráfico 12).

Gráfico 12. Medidas para evitar enfermarse de DM2, según la poblacion muestra del area de responsabilidad del Módulo del Castillo, Xalapa Ver 2013



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

Dentro de la información relacionada con enfermedades hepáticas, en especial la infección por hepatitis B y C, observamos una gran desinformación por parte de la población muestra. De acuerdo a la escasa información obtenida, encontramos que las trasfusiones sanguíneas son la principal causa de hepatitis B y C. En lo que respecta a los apartados de cirrosis, las personas nos mencionaron en primer lugar al alcohol como causa de esta. Finalmente, la ascitis fue la principal causa para morir de cirrosis, según lo reporta la población muestra.

En el apartado de VIH/SIDA observamos que la población muestra tiene conocimientos básicos sobre esta patología, por ejemplo en los métodos de transmisión del virus, el diagnóstico para detectar la enfermedad entre otros (tabla 13).

Tabla 13. Conocimientos sobre VIH/SIDA en la población muestra del área de responsabilidad del módulo del Castillo, Xalapa, ver, 2013.

	Conocimiento expresado en %		
	Si	**No**	**No sabe**
Conocido con VIH-SIDA	11	88	1
Significado de VIH	52	45	3
VIH es una enfermedad contagiosa	86	9	5
Todas las personas con VIH tienen SIDA	38	27	35
Tratamiento	66	18	16
Relaciones sexuales principal vía de transmisión	77	9	14
Leche materna	28	38	34
Beso	21	65	14
Donar sangre	78	16	6
Saludar de mano	14	78	8
Picadura de mosquito	54	26	20
diagnostico	41	23	36

Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

Por último, realizamos asociaciones entre las variables (tabla 14). Nuestros resultados arrojaron que existe una asociación de DM2 con antecedentes heredofamiliares pero no es estadísticamente significativa, todo lo contrario con HTA asociada a esta misma variable. Dentro de estas asociaciones hay una que cabe resaltar, consumo extra de sal con HTA con una OR de 11.8 y un valor estadísticamente significativo; es decir, que las personas con un consumo extra de sal tienen 11.8 veces mayor riesgo de padecer HTA que las personas que no lo hacen.

Tabla 14. Razón de momios de DM2 Y HTA, de la población muestra del área de responsabilidad del módulo El castillo, Xalapa Ver 2013

ASOCIACIÓN	OR	LI IC (95%)*	LS IC (95%)*	*P*
DM2/antecedentes heredofamiliares	1.4	0.6	3.2	0.3211
HTA/antecedentes heredofamiliares	2	1.02	4.1	0.0425
HTA/obesidad	2.8	1.29	6.18	0.0070
Consumo extra de sal/HTA	11.8	4.5	30.8	0.0001

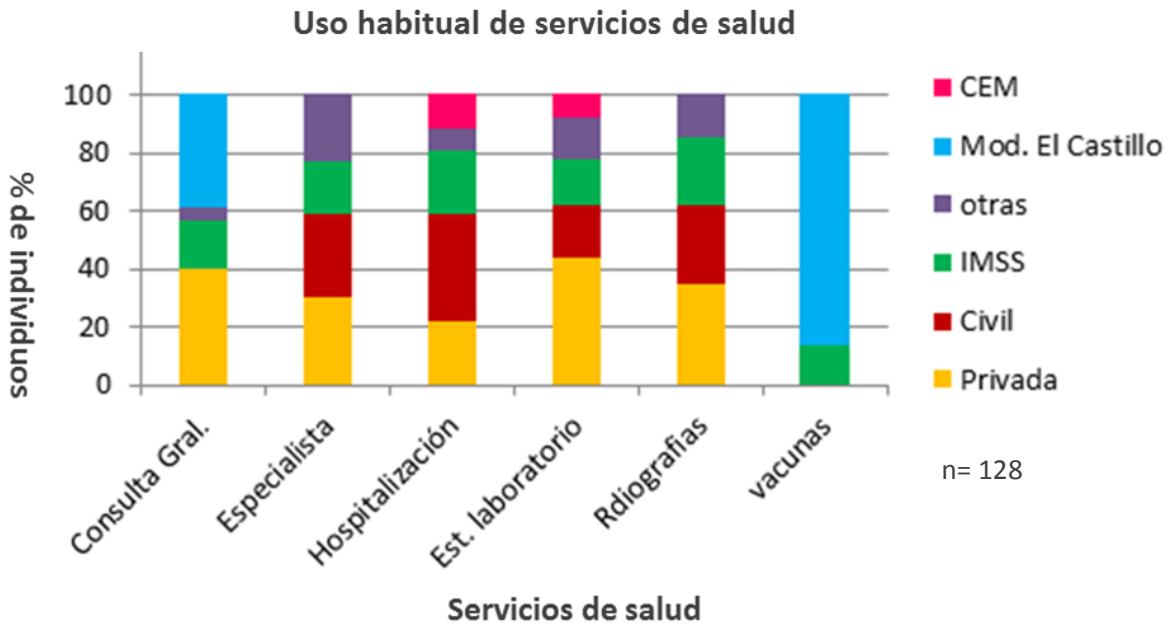
Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP. UV. 2013 n=128

* Intervalo de confianza del 95%

2.3 Servicios de salud

Dentro de los servicios de salud que habitualmente utiliza la población de responsabilidad del módulo El Castillo, ésta prefiere los servicios de salud privados cuando se trata de consultas generales, médicos especialistas, estudios de laboratorio y radiografías. Mientras que cuando se trata de servicios de hospitalización habitualmente se lleva a cabo en el hospital civil, esto se debe a que la mayoría de las personas encuestadas tiene seguro popular y son referidas a este hospital. Finalmente para la aplicación de vacunas la población acude al módulo El Castillo (gráfico 2).

Gráfico 2. Uso habitual de los servicios de salud que utiliza la población muestra del área de responsabilidad del módulo El Castillo Xalapa, Ver 2013.

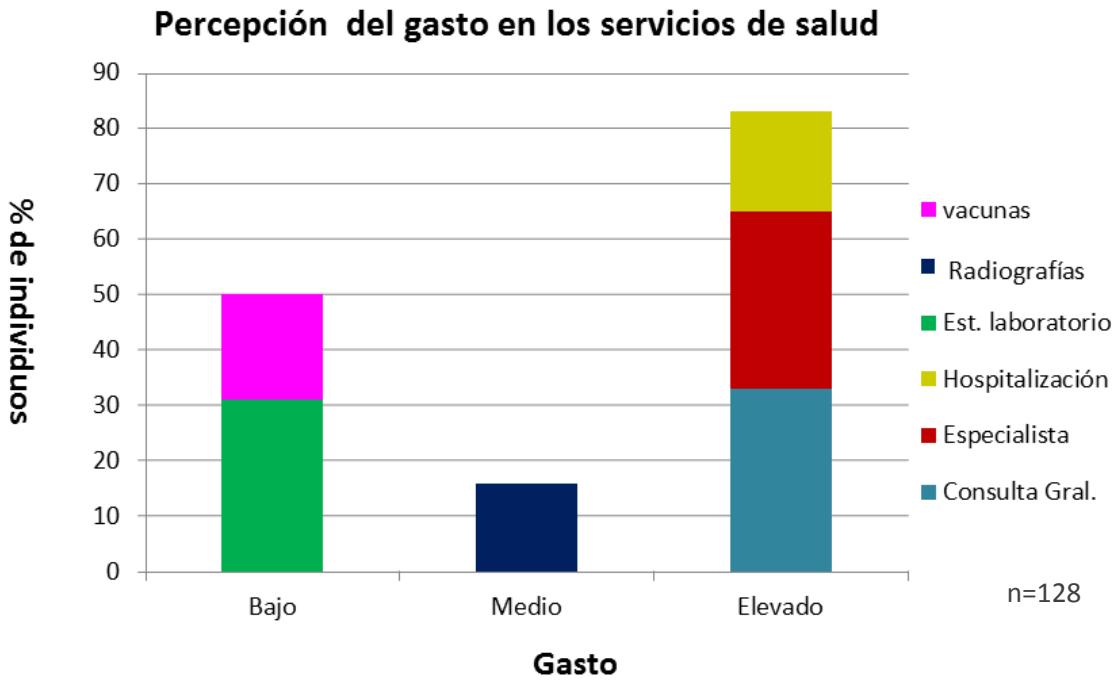


Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013

En cuanto a la calidad de los servicios de salud que habitualmente utilizan, ésta resulto ser buena. Considerando los gastos en transporte, comida, pagos al médico, medicamentos y otros pagos, la población consideró que los estudios de

laboratorio y las vacunas tienen un gasto bajo, los gastos en radiografías son medios y las consultas generales, especialista y hospitalización son considerados como gastos elevados (gráfico 3).

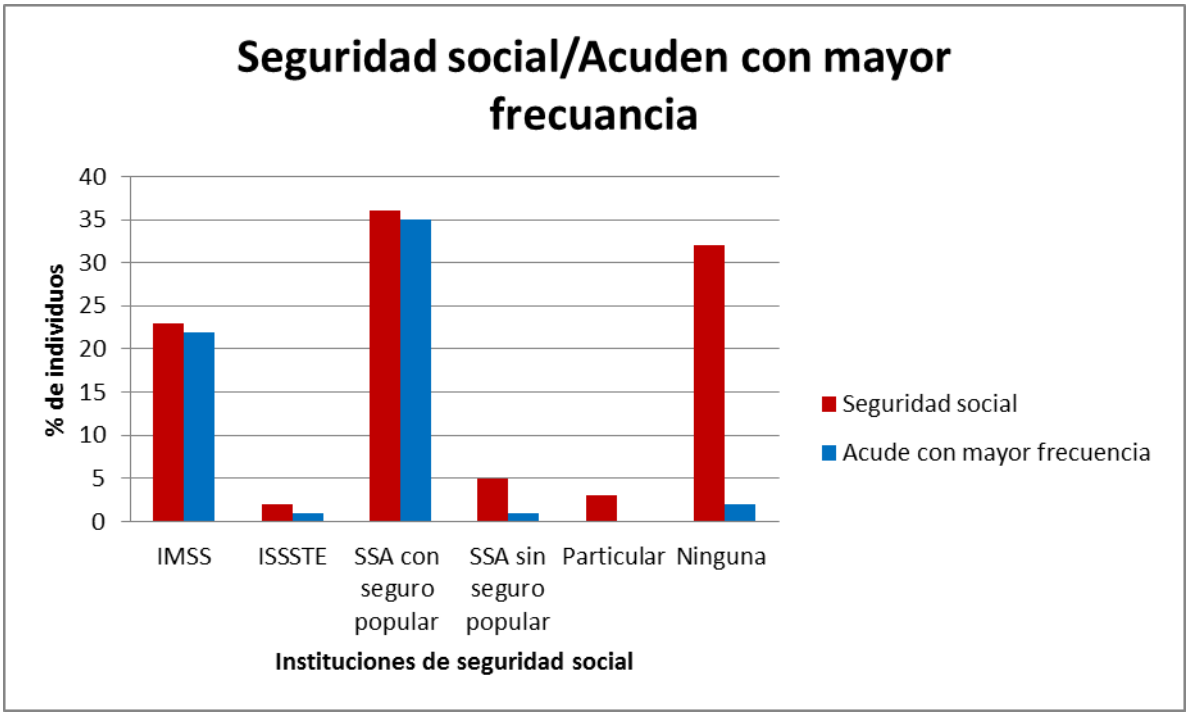
Gráfico 3. Percepción de los gastos de salud habitualmente usados por la población muestra del área de responsabilidad del módulo el Castillo Xalapa, Ver, 2013



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013

Comparando las instituciones de seguridad social a alas que pertenece nuestra población muestra con las instituciones a las cuales acuden con mayor frecuencia encontramos datos muy similares (gráfico 4), el primer lugar está representado por el seguro popular con una afiliación del 36% y es aquí donde las personas acuden a curarse; seguido por el IMSS con el segundo lugar tanto en seguridad social como en concurrencia. Un dato muy notable es que el 32% de la población muestra no cuenta con seguridad social.

Gráfico 4. Comparación de la seguridad social con las instituciones de salud a las que acuden con mayor frecuencia la población muestra del área de influencia del Castillo Xalapa, Ver. 2013



Fuente: Cuestionario para diagnóstico de salud ISP UV 2013 n=128

2.4 Conclusiones y recomendaciones para la implementación de acciones en la unidad de salud

2.4.1Conclusiones

Este diagnóstico de salud realizado en la comunidad de El Castillo y sus comunidades de influencia, nos permite con base en sus objetivos y resultados el poder analizar las condiciones de salud de la población de estudio; pero de igual manera, también sirve para determinar con una mayor precisión la situación de los programas prioritarios en salud que están dirigidos a mejorar la calidad o las condiciones de vida de los habitantes de esta comunidad.

Los datos obtenidos en el presente diagnóstico de salud brindó información demográfica, social, económica, epidemiológica y de calidad de los servicios, cumpliendo con el objetivo general y específicos; esta información es el resultado de la aplicación de 128 cuestionarios aplicados, que representan igual número de familias y que hacen un total de 501 habitantes repartidos de manera proporcional en las 7 comunidades de influencia.

Este diagnóstico es realizado con base en nuestro objetivo general: Determinar los principales daños a la salud y sus factores asociados, en los habitantes del área de influencia del núcleo básico de la localidad de El Castillo, y sus objetivos Específicos: Describir las características demográficas y económicas de la población, describir la demanda, percepción de la atención y gasto de la población en los servicios de salud, identificar los daños a la salud presentes en la población de El Castillo, conocer los factores de riesgo asociados a los daños detectados y proponer alternativas de solución a la problemática identificada con respecto a la salud de los habitantes de esta comunidad

Podemos decir que el objetivo general se cumplió ya que se determinaron los principales daños a la salud como la hipertensión, la diabetes mellitus y su relación con el consumo de alcohol, tabaco y exceso en la ingesta de sal.

El módulo de El Castillo tiene 6 comunidades de influencia a las cuales brinda atención; sus comunidades se localizan a distancias diferentes que van desde 1 km, hasta 3.5 km; por lo que sus isócronas se encuentran a menos de 1 hora de distancia para adquirir los servicios de salud que demanda sus habitantes.

En los aspectos demográficos, observamos que la proporción de acuerdo al sexo no es significativa, ya que 256 son mujeres mientras que 245 son hombres, lo que corresponde al 49 y 51% respectivamente.

Podemos observar que en su pirámide de población, cuya muestra es del área de responsabilidad del módulo el Castillo, presenta una tendencia regresiva en

forma de bulbo por presentar una natalidad y mortalidad reducida. Asimismo, de acuerdo al índice de Friz esta población es considerada madura, lo que nos hace suponer que esta población será demandante de servicios de salud para enfermedades crónico-degenerativas de manera creciente. Esta pirámide de población también nos indica que un 54 % de su población total está en edad de trabajar, es decir mayor de 14 años.

En nuestra población de estudio se reporta un índice de analfabetismo de 11.0 %, que corresponde a un 6 % para el grupo de mujeres más de 14 años con un 6 % ; con respecto al diagnóstico de salud 2007- 2009, realizado por los estudiantes de la MSP para el centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada, al cual pertenece la comunidad de El Castillo se encuentran diferencias significativas, ya que según sus datos para ese periodo se tenía un analfabetismo del 3 por ciento y de igual manera mayoritariamente por el sexo femenino, es decir que es mayor el analfabetismo para la población de El Castillo probablemente por ser más rural su población, datos según la encuesta realizada.

Sin embargo se debe señalar que estos datos son de referencia, ya que consideramos que no es tan profunda la comparación, ya que aun perteneciendo a un mismo centro de salud, sus contextos son distintos por sus condiciones socioeconómicas, una es rural y otra es urbana. Por ello las comparaciones o diferenciaciones que realizamos en este trabajo muestran datos dispares y son solo de referencia, pues el tipo de población no es la misma, y además los tamaños de muestra, obedecen a diseños estadísticos distintos.

De acuerdo a los servicios de salud utilizados por la población de este estudio, tiene preferencia por los servicios de salud privados cuando se trata de consultas generales, médicos especialistas, estudios de laboratorio y radiografías y cuando requieren atención de segundo nivel para hospitalización, utilizan mayoritariamente los servicios del Hospital Civil “Luis F. Nachón” y muy poco el IMSS; es de considerar que para referir pacientes a hospitalización a este nivel, requiere de la canalización por el personal de salud del módulo El Castillo, a través del programa del seguro popular. Por otra parte con respecto al servicio de

vacunación los datos expresan que este es realizado en su mayoría en el módulo El Castillo.

Con respecto a los gastos expresados con respecto a los servicios para la atención de salud fueron: elevados consulta general, especializada y hospitalización; gasto medio para radiografías y bajo para vacunas y estudios de laboratorio, llamando la atención; se concluye para este apartado que lo referente a la calidad de los servicios según la opinión del entrevistado fue buena.

En lo relativo a la cobertura por las instituciones de seguridad social podemos concluir que el IMSS tiene un 23.5 %|, el seguro popular un 36.0 %; y que se detectó que existe un 32 % de la población que no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria Institucional, lo que es incongruente con lo expresado por las autoridades sanitarias federales de que se tiene un 100 % de población asegurada. Revisar datos de resultados.

De acuerdo con la información recabada en esta investigación se encontraron 38 individuos de 20 años y más con hipertensión arterial, que significan una frecuencia del (11.4%) ;lo que al comparar estos datos están por debajo de los presentado en la ENSANUT 2012 en donde se señala una prevalencia de 31.5 % de la población nacional; es pertinente aclarar que aquí solo se tienen datos expresados por el entrevistado y en la encuesta nacional fue realizada con toma de presión arterial a población mayor de 20 años y una metodología distinta.

Como dato adicional sobre la hipertensión arterial, los datos nos reportan que la población de mujeres (74%) fue mayor que la de los hombres (26%).en una proporción de 3 a 1; en donde probablemente el hombre por cuestiones de “machismo” que no considera el autocuidado a su salud como prioritario, se le detecta o diagnostica tardíamente la enfermedad para ser aceptada como si lo hace la mujer.

Con respecto al grupo de edad que presenta la enfermedad de HTA es de 60 a 69 años para ambos sexos en un tercio de la población mayor de 20 años, lo que es similar a los datos de prevalencia nacional.

Resulta información relevante que solo el 57.9 % lleva su tratamiento de HTA de manera adecuada, es decir que 4 de cada 10 no tiene apego a su tratamiento y pone en riesgo su salud por las complicaciones propias de la enfermedad.

Como factor de riesgo para la HTA es la ingesta de sal excesiva y aquí se encontró que en 29 familias que significan el 23 % agregan sal a sus alimentos de manera excesiva; lo que se convierte en un factor importante para la frecuencia de HTA; es decir una cuarta parte del total de las familias de El castillo se encuentra en riesgo por este mal hábito alimentario.

De acuerdo con la información recabada en los cuestionarios se encontraron 28 individuos (8.4%) de 20 años más con diabetes mellitus; que al comparar estos datos están ligeramente abajo de los presentado en la ENSANUT 2012 en donde se señala una prevalencia de 9.2 %; es pertinente aclarar que aquí solo se tienen datos expresados por el entrevistado y en la encuesta nacional fue realizada con muestra sanguínea de glucosa a población mayor de 20 años y una metodología distinta a la que utilizamos.

Como dato adicional sobre la DM, los datos nos reportan que la población de mujeres (61%) fue mayor que la de los hombres (39%).en una proporción de 2 a 1; en donde probablemente al hombre no se le detecta por cuestiones diversas: género, económico, culturales, a diferencia de la mujer que presenta mayor grado de autocuidado para su salud y su aceptación cada vez es más oportuna.

Con respecto a la ingesta de alcohol tenemos que solo el 1.5 % de los mayores de 14 años consumen habitualmente más de 7 copas de alcohol a la semana; estos datos concuerdan con lo reportado en 0.0% de personas con cirrosis hepática.

Referente al consumo de tabaco como factor de riesgo para la hipertensión se encontró que 6 individuos (1.5%) de 14 años o más de edad fumaban más de 10

cigarrillos al día, porcentaje similar al de HTA, de los cuales el 83% son hombres y 17% mujeres y del total de fumadores solo la mitad seguía fumando, lo que indica una disminución de este hábito tabáquico.

Por otra parte con respecto al conocimiento general del entrevistado sobre las enfermedades priorizadas , comparado la Diabetes mellitus 2 con la cirrosis hepática se puede observar que tiene un mayor conocimiento general con respecto a la diabetes; a pesar de que la DM2 es una patología frecuente y que regularmente forma parte de los programas de promoción de la salud con respecto a sus causas, síntomas y complicaciones, existe una gran desinformación de la población estudiada con un 50% aproximadamente.

2.4.2 Recomendaciones para la implementación de acciones

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos hacer las siguientes recomendaciones para mejorar la salud de la población del área de influencia del módulo de El Castillo que pertenece al centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada de la jurisdicción número V:

Dado que se obtuvieron datos demográficos en donde el mayor grupo de población se encuentra entre...

2.4.3Experiencias de aprendizaje

Experiencias de aprendizaje positivas:

- Comprender que el trabajo en equipo es complicado y que requiere tolerancia, respeto y actitud positiva
- Aprender a administrar el tiempo que se dedica a las acciones que están planteadas en un proyecto
- Encontrar la utilidad de cómo se gestiona el conocimiento en la salud pública y ponerlo en práctica en el diagnóstico

- El trabajo de campo para realizar el diagnostico nos permite tener una idea realista del contexto en el que se estudian los factores de riesgo que afectan a la salud
- Aprender a través de técnicas estadísticas el determinar el tamaño de muestra para un universo poblacional que incluye conglomerados y sistematizado.
- Conocer los distintos diseños metodológicos de investigación y su aplicación en el diagnóstico de salud.

Experiencias de aprendizaje negativas:

- Diversidad de asesoría que generan criterios adversos que confunden el cumplimiento del trabajo planteado de los equipos
- Divergencia de las guías para elaborar el diagnóstico contenido del diagnóstico en cuanto forma y fondo por los encargados del plan de estudio en la estructura del trabajo
- Escasez de tiempo para la aplicación del instrumento de recolección de datos en este tipo de muestreo, ya que este tamaño de muestra requirió aplicar algunos cuestionarios en cada una de las 7 comunidades.
- La pobre vinculación que se realiza con el personal del módulo de salud impide la obtención oportuna de información requerida

Referencias

1. Cárdenas R. El Diagnóstico, voces y reflexiones. Una búsqueda de sentido en lo económico y social Medellin: universidad de Antoquia, Contables C; 2004 2004. Report No.: Contract No.: 1.
2. Villa J. Secretaría de Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia: Diagnóstico de Salud. Citado el 3 de diciembre 2013. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/docs%20nut/diagnostico%20de%20salud.pdf

3. González E. Diagnóstico de Salud en México. 2a ed. México, D.F.: Trillas; 1988.
4. López RF. Epidemiologia: enfermedades transmisibles y crónico degenerativas. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno. 2006. México.
5. Hernández TF, Ochoa MJA. Lógica de la Programación en los sistemas locales de salud: una aplicación operativa. Rev. Científica Salud Uninorte. Barranquilla 6-7 (1:25-28) ,1990.
6. Frenk MJ. La salud de la población hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica. México; 1994.
7. Alvarado-de la Paz CS, Díaz PSP, Faulkner AJ, González MN, Guadarrama VRM, Gutiérrez ZJ. Diagnóstico integral de salud: áreas de influencia del centro de salud del Plan de Ayala, Cuernavaca, Morelos 2011. Escuela de Salud Pública. Maestría en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública.
8. Arellano AA, Marín LJP, Mota MML. Diagnóstico de las condiciones de salud de la población del área de influencia del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada. Maestría en Salud Pública. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. 2006, Xalapa, Veracruz.
9. Fuentes SBC. Diagnostico situacional y de salud 2012. C.S Sebastián Lerdo de Tejada, módulo El Castillo. 2012.
10. Manual de organización
11. Inventario del núcleo básico El Castillo del centro de salud Sebastián Lerdo de Tejada 2013.
12. Reporte de actividades
13. Secretaría de desarrollo social. Población objetivo. Programa oportunidades. 2013. Citado 3 diciembre 2013. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/poblacion_objetivo
14. Dirección General de Información en Salud. Subsistema de prestación de servicios. Lineamientos 2013. Citado 3 diciembre 2013. Disponible en: http://soportedgis.salud.gob.mx/sis/marconormativo/lineamientos13.html

15. Dirección General de Información en Salud. Dirección de Sistemas de Información de Servicios de Salud. Manual de Procesos Sistema de Información en Salud Prestación de Servicios 2013. Marzo 2013. Citado 3 diciembre 2013. Disponible en: http://soportedgis.salud.gob.mx/sis/descargas/pdf/Manual%20de%20procesos%202013_SIS.pdf
16. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Reforma publicada DOF 08-10-13. Citado el 4 diciembre 2013. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf
17. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Reforma publicada DOF 04-12-13. Citado el 4 diciembre 2013. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf
18. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación. 4ª ed. Mc Graw Hill; 2006.
19. Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseños de estudios epidemiológicos. Salud pública de México / vol.42, no.2, marzo-abril de 2000.
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.
21. Pineda BE, Alvarado LE. Metodología de la investigación. 3º edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2008.

Anexo 1 Definición de las variables para el análisis demográfico del diagnóstico de salud

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable / 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 habitantes de la vivienda sea esta: Hombre Mujer	Nominal	Frecuencia absoluta y porcentaje de sexo Razón hombre mujer Porcentaje de la población por sexo
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 habitantes de la vivienda.	Discreta	Frecuencia absoluta de edad Porcentaje de la población por grupos de edad (quinquenales) Pirámide poblacional.
Nacimiento	Es aquel que refiere a la finalización del embarazo humano, es decir, el momento en el cual el bebé deja el útero materno para empezar a formar parte del mundo.	Niños y niñas que nacieron en la vivienda del entrevistado entre enero y diciembre del año 2012	Cuantitativa De razón	Frecuencia de nacimientos

Tabla . Variables para el análisis socioeconómico del diagnóstico de salud

variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable/ Escala de medición**	**Indicador**
Condición de actividad económica	Situación que distingue a la población de 14 años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica, en la semana anterior a la aplicación del cuestionario.	Personas de 14 años y más, de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o que se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías para población económicamente no activa: estudiante, quehaceres del hogar, jubilado / pensionado, incapacitado permanentemente para trabajar o no trabaja.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas de 14 años o más cuya condición de actividad económica es: trabaja, tenía trabajo pero no trabajó, buscó trabajo, es estudiante, se dedica a los quehaceres de su hogar, es jubilado/pensionado, está incapacitado permanentemente, no trabaja.
Nivel de Vida	Disponibilidad de bienes materiales e instalaciones en la vivienda que proporcionan comodidad, acceso a algunos medios	Nivel económico familiar que refleje ingresos bajos (0 a 10), medios (11-29) y altos (30 a 55) en relación a los bienes materiales que poseen: Licuadora (1), Radio o	Cualitativa ordinal	Porcentaje de la familias con nivel de vida económico familiar bajo, medio y/o alto

	masivos de comunicación o facilitan las tareas domésticas.	radiograbadora (2), Televisor (3) DVD o blu-ray (4), calentador de agua (5), refrigerador (6), teléfono fijo (7), lavadora (8), computadora (9), automóvil o camioneta (10)		
Condición de alfabetismo	Proceso mediante el cual una persona puede aprender a leer y a escribir, dos actividades o funciones que le permitirán comunicarse con el resto de los seres humanos a un nivel más profundo y abstracto.	Condición de alfabetismo, situación que distingue a la población de 14 años o más según declara saber Leer y escribir un recado.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas mayores a 14 años en condición de alfabetas o analfabetas
Nivel de Escolaridad	Estudio más alto aprobado por la población de 14 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema	Personas de 14 años y más, que registren el grado escolar concluido. Los niveles son: primaria, secundaria,	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas de más de 14 años con determinado nivel de educación concluido.

	Educativo Nacional.	preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado.		
Material del piso de la vivienda	Clasificación de las viviendas particulares según el elemento predominante en los pisos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	El tipo de material con el que está elaborado principalmente el piso de la vivienda de que refiera el encuestado mayor de 18 años, se categorizará en: tierra, cemento o firme, mosaico, granito o mármol, madera u otros recubrimientos y/u otro. Especifique	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje del tipo de material con el que está elaborado el piso de la vivienda
Techo de la vivienda	Material predominante en el techo de la vivienda Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Tipo de material con el que se encuentra realizado el techo de la vivienda que refiera el encuestado en la entrevista, se categorizará en: Material de desecho o reciclado, lámina de cartón, lámina	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de material del techo de la vivienda

		de asbesto o metálica, palma o madera, teja , concreto tabique ladrillo o cerrado con viguería y/u otro. Especifique		
Material de pared o muro	Material predominante en las paredes de la vivienda Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Tipo de material con el que se encuentra realizado las paredes y de la vivienda que refiera el encuestado se categorizará en: Ladrillo, block o concreto, material de desecho o reciclado, lámina de cartón, lámina de asbesto o metálica, carrizo, bambú o palma, embarro o bajareque, madera y/u Otro. Especifique	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de material de las paredes de la vivienda.
Tipos de disponibilidad del agua	Clasificación de las viviendas particulares según la forma en que los ocupantes se abastecen de agua para consumo	Forma en que se abastece de agua para consumo y uso doméstico en la vivienda que refiera el encuestado se categorizará	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje del tipo de disponibilidad de agua de la vivienda

	personal y doméstico. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	en: De la llave dentro de la vivienda, de la llave fuera de la vivienda, de pipa, de un pozo, río, lago, arroyo u otra, y/o de manantial		
Cocina	Cuarto de la vivienda que se utiliza para preparar o calentar los alimentos, independientemente de que tenga otros usos.	Una vivienda tiene cocina cuando allí se pueden preparar los alimentos, sin importar si el cuarto para prepararlos también se utiliza como dormitorio, sala, comedor, u otro. De acuerdo con las respuestas de los encuestados, éstas podrán ubicarse en dos categorías: con cocina o sin cocina	Cualitativa, nominal. Dicotómica	Porcentaje de las viviendas que cuentan con una habitación donde se preparan o calientan alimentos independientemente de que tenga otros usos.
Número de cuartos	Cuarto de la vivienda que se utiliza para dormir, independientemente de que también se realicen otras	Número de cuartos que refiera el encuestado que utilizan en la vivienda para dormir.	Cuantitativa Discreta	Frecuencia absoluta Media

	actividades. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI			
Hacinamiento	Alojamiento de tres o más personas por habitación en una vivienda particular	Número de residentes del domicilio sobre número de habitaciones del mismo. Tres o más personas por habitación se considera hacinamiento	Nominal	Frecuencia absoluta. Porcentaje de la población que haya sido clasificada como hacinada.
Presencia de drenaje	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Se interrogará a las personas de la vivienda si cuentan o no con drenaje, para clasificar posteriormente el tipo de drenaje con el que cuenta, si cuenta con drenaje la vivienda o no cuenta con drenaje la vivienda	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas que cuentan o no con drenaje
Conexión de drenaje	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas	Sistema de drenaje de la vivienda que refiera el entrevistado con las categorías: Al drenaje público, a la calle o cielo abierto, a una fosa séptica, a un río, lago o	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de cada una de las categorías del tipo de conexión de drenaje

		barranca u otro (especifique)		
Disponibilidad de tasa, excusado o sanitario	Distinción de las viviendas particulares según la existencia de una instalación sanitaria para el desalojo de los desechos humanos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	La instalación sanitaria en la vivienda que refiera el entrevistado para el desalojo de los desechos humanos, la cual se categorizará en: Sí o no	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con tasa, excusado o tasa
Conexión de agua del servicio sanitario.	Capacidad de la instalación sanitaria para recibir normalmente agua con descarga directa de un depósito (conexión de agua), o en forma manual, con la finalidad de eliminar los desechos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Es la vivienda que cuenta con instalación sanitaria con conexión de agua que refiera el encuestado, la cual se categorizará en: Sí o no	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con conexión de agua del servicio sanitario.
Tipo de desagüe de la instalación sanitaria de la vivienda.	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas.	El tipo de drenaje o desagüe con el que cuenta la vivienda que refiera el entrevistado la cual se	Cualitativa Nominal politómica	Porcentaje de viviendas con desagüe a las distintas categorías

	Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	categorizará en: al drenaje público, a fosa séptica, letrina con desagüe u otro (especifique)		
Uso de sanitario	Uso compartido de la instalación sanitaria con los habitantes de otra vivienda. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Es el uso exclusivo del sanitario, tasa o excusado que refiera el entrevistado, siendo las categorías: Sí o no	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de las viviendas con uso exclusivo de sanitario para los habitantes.
Disponibilidad de luz eléctrica	Distinción de las viviendas particulares según la existencia de luz eléctrica, independientemente de la fuente de que provenga	Es la vivienda que refiera el encuestado que cuente con o sin servicio de energía eléctrica sin importar la fuente de donde provenga.	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con energía eléctrica
Uso de combustible para cocinar	Cualquier material capaz de liberar energía cuando se oxida esto con el fin de preparar o calentar alimentos en la vivienda. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010,	Combustible más utilizado para preparar o calentar alimentos en la vivienda, siendo las categorías: Gas, leña, carbón, u otro: especificar	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas que utilizan algún combustible para cocinar o calentar alimentos

	INEGI			
Depósito de basura de la vivienda	Formas de eliminar la basura de la vivienda. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	De acuerdo a las formas de que las personas depositan la basura de la vivienda, esta se puede categorizar como: En bolsa, bote con tapa, bote sin tapa, en bolsa colocada dentro de un bote tapado, al aire libre u otro (especificar)	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas de acuerdo a la forma de depósito de la basura
Lugar de almacenamiento de la basura	Formas de almacenamiento de la basura de la vivienda.	De acuerdo a las formas de que las personas almacenan la basura de la vivienda, esta se puede categorizar como: Dentro de la vivienda, fuera de la vivienda u otro (especificar)	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas de acuerdo al almacenamiento de la basura
Destino de la basura	Formas de eliminar la basura de la vivienda Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Es la forma de eliminación de la basura que refiera el encuestado y se categorizará en: se recolecta por el servicio de limpia pública, se quema, se entierra u	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas de acuerdo al destino de la basura.

		otros (especificar)		

Tabla #. Variables para el análisis sociocultural (estilos de vida) del diagnóstico de salud.

Variable	**Definición conceptual**	**Dimensiones**	**Definición operacional**	**Tipo de variable/ Escala de medición**	**Indicador**
Consumo de tabaco	*Acción de ingerir tabaco de forma habitual.*	Frecuencia de consumo	Personas que refieran consumir o consumían tabaco con base en la frecuencia, pudiendo ser: Diario, semanal, Mensual u ocasional	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas que consumen tabaco
		Cantidad de consumo	Personas que refieran la cantidad de cigarros que consumen o consumían con relación a la frecuencia mencionada	Cuantitativa De razón	Promedio de cigarros que consumen las personas
		Consumo dentro de la vivienda	Personas que refieran haber tenido o tener el habito de consumir tabaco dentro o	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que consumen tabaco dentro o fuera de la vivienda

			fuera de la vivienda		
Alcoholismo	Es el conjunto de manifestaciones físicas, cognoscitivas y del comportamiento, que incluyen la presencia de distintos síntomas tales como: tolerancia al alcohol, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de	Presencia de Alcoholismo	El entrevistado referirá si alguna de las personas de la vivienda toma 7 cervezas o más copas a la semana.	Cualitativa dicotómica	Frecuencia absoluta y Prevalencia

	sus evidentes consecuencias perjudiciales.[8]				
		Control sobre las bebidas alcohólicas	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda puede dejar de beber cuando toma una copa.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas sin control sobre las bebidas alcohólicas
		Estado de embriaguez	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda se emborracha cada vez que bebe.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que llegan al estado de embriaguez.
		Incremento la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda bebe cada vez más cantidad de alcohol y con más frecuencia.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que han incrementado la frecuencia y cantidad en el consumo de alcohol.
		Deseo persistente de consumo de alcohol	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que presentan deseo persistente

			desea continuar bebiendo a pesar de los problemas con la familia, trabajo, los amigos y accidentes.		de consumo de alcohol.
		Cambios de estado anímico	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda muestra cambios del estado anímico cuando bebe.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que muestran cambios del estado anímico cuando beben.
		Reconocimiento del problema	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda reconoce que tiene un problema de alcoholismo.	Cualitativa Dicotómica	Frecuencia Porcentaje de personas que reconocen su problema de alcoholismo.
		Daños o accidentes	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda ha sufrido o provocado daños y accidentes cuando	Cualitativa Dicotómica	Frecuencia absoluta de personas que han sufrido o provocado daños y accidentes por el consumo de alcohol.

			bebe.		
Ejercicio físico	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye los deportes, el ejercicio y otras actividades, tales como el juego, el caminar, las tareas domésticas, la jardinería o el baile. (OMS, Reporte de 10 datos sobre la actividad física, 2011).	Ejercicio físico	Personas que refieran realizar alguna actividad física, indicando cuánto tiempo le dedican a la actividad	Cualitativa Dicotómica	Frecuencia absoluta Porcentaje de personas que realizan ejercicio físico
		Tiempo de realizar ejercicio	Número de horas a la semana que la persona refiere realizar ejercicio físico	Cuantitativa De razón	Promedio de horas que realizan ejercicio físico
Higiene personal	La higiene personal es un grupo de prácticas individuales, como los hábitos de aseo personal, que sirven para mejorar o conservar la salud	Técnicas para estornudar y toser	Técnicas adecuadas o inadecuadas para proteger a las demás personas al estornudar o toser, considerando: -Adecuado: cubrirse con un pañuelo o con la parte interna	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con técnicas adecuadas e inadecuadas de higiene personal

			del codo. - Inadecuado: cubrirse con la mano o no hacer nada		
		Frecuencia en la higiene personal (bañarse)	Frecuencia con que refiere el entrevistado bañarse en la semana, considerando: -Adecuado: 4 a 7 veces o más de 7 veces. - Inadecuado: 1 a 3 veces	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con adecuada e inadecuada higiene personal
Higiene de los alimentos (frutas y verduras)	Son las medidas necesarias para garantizar que los alimentos no se contaminen y conservar la salud de quien los consumen. Secretaría de salud		Son las medidas de higiene que el entrevistado realiza a las frutas y verduras y se categorizará en: nada, las come tal cual, las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta u otros (especificar)	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas que consumen tal cual las frutas y verduras

Percepción de la imagen corporal	*Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste (Raich,2001).*		Selección de la silueta que mejor represente la imagen del encuestado, en un juego de nueve siluetas, considerando peso normal si el entrevistado refiere las siluetas 1, 2,3, sobrepeso si refiere las siluetas 4, 5,6 y obesidad si refiera alguna de las siluetas 7, 8,9. (Sorensen y colaboradores)	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con peso normal, sobrepeso y obesidad

Tabla . Variables epidemiológicas para el análisis de morbilidad de IRAS y EDAS de los daños priorizados

Variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable/ escala de medición**	**Indicador**
Infecciones respiratorias agudas (IRAS)	Se denomina así a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días. Considerando como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: Resfriado común, Faringo amigdalitis, Otitis media, Crup u Neumonía	Casos nuevos acumulados de IRAS, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista en los habitantes de la vivienda, enfocando mayor atención en los menores cinco años reportados por el entrevistado, considerándose las siguientes categorías, con o sin presencia de infección respiratoria aguda	Cualitativa Nominal dicotómica	Frecuencia absoluta y porcentaje de las personas que enfermaron por IRAs, señalando con énfasis en los grupos de edad vulnerable: niños menores de 5 años y adultos mayores de 60 años Incidencia acumulada de IRAS en el último mes previo a la entrevista
Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)	Síndrome clínico que se acompaña de la expulsión frecuente de heces laxas o acuosas y a menudo otros signos y síntomas como vómitos,	Casos nuevos de enfermedades diarreicas que en los últimos 30 días previos a la entrevista, refiera el entrevistado que hayan presentado	Cualitativa nominal dicotómica .	Incidencia acumulada de EDAS, en el último mes previo a la entrevista,

	fiebre, deshidratación y desequilibrio de electrólitos. Es una manifestación de infección por muy diversos patógenos bacterianos, víricos y parásitos intestinales. Referencia: Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. 17ª ed. Chin J., editor. Washington, DC: OPS; 2001	algunos habitantes de la vivienda, enfocando más, atención a los menores de cinco años considerando la siguiente definición: Se define la deposición de tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas, con un episodio igual o menor a 14 días de evolución. Considerándose las siguientes categoría: con diarrea aguda o sin diarrea aguda		
Bajo peso al nacer	Niño o niña que pesa al nacer menos de 2,500 gr. (hasta 2 499 gr inclusive), independientemente de su edad gestacional. Referencia: NOM-034-SSA2-2010, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.	Es el peso corporal que refiera el entrevistado del niño o niña al nacimiento de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional, considerándose las siguientes categorías: Con antecedente de bajo peso al nacer es el peso del recién nacido de 2,499 gramos o menos, independientemente de su edad gestacional o sin	Cuantitativa De razón	Porcentaje de menores de cinco años con y sin bajo peso al nacer

		antecedente de bajo peso al nacer el peso del recién nacido de 2,500 gramos o más independientemente de su edad gestacional.		
Ausencia de lactancia materna exclusiva	La ausencia de la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como único alimento durante los primeros seis meses de vida. Referencia: NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación en materia de alimentaria.	Niños y niñas menores de cinco años que refiera el entrevistado durante los primeros 6 meses a partir del nacimiento no recibieron otro alimento o bebida, incluyendo agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales, considerándose las siguientes categorías: con antecedente de lactancia materna exclusiva o sin antecedente de lactancia materna exclusiva	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de niños y niñas sin antecedente de lactancia materna exclusiva.
Ablactación	Es la incorporación a la dieta del lactante de alimentos distintos a la leche materna o su sucedáneo, realizándose gradual y progresivamente a partir de los 6 meses de edad o de acuerdo con	Es la edad de la incorporación a la dieta del niño o niña diferente a la leche materna que refiera el entrevistado.	Cuantitativa de razón	Media de edad en meses

	las necesidades específicas de cada lactante. Referencia NOM-131-SSA1-2012,			
Nutrimentos para reducir el riesgo de enfermar por infecciones respiratorias agudas	Nutrimento es toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo. Las frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas A, C y D representan un factor protector contra infecciones respiratorias agudas.	Aporte de vitaminas A (brócoli, espinaca, leche y derivados, etc); C (cítricos, berro, tomates, papaya, etc.); y D (pescado, huevos, vísceras, etc.) entre otros alimentos, que refirió consumir la persona y los miembros de su familia el día anterior a la entrevista, considerando como: Inadecuado el no haber consumido al menos una porción de cada uno.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con inadecuado consumo de alimentos ricos en vitaminas, A C y D
Atención de IRAS o EDAS en el menor	Conjunto de acciones para la, atención médica o personal de enfermedades, que se desarrollan con el fin de preservar o recuperar la salud del individuo, la familia o la comunidad.	Establecimiento de atención médica de salud donde asiste el entrevistado para la curación de IRAS o EDAS y se categorizará: médico de institución de salud (especificar institución), médico particular, farmacéutico, curandero,	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de atención para IRAS.

		automedicación, nadie u otro (especificar) 588 No sabe 599 No responde		
Capacitación del responsable en el manejo de enfermedades IRAs y EDAs	Proceso de ayuda ofrecido al individuo orientada a resolver problemas de salud en el menor de 5 años.	Orientación en el manejo de IRAs y EDAs recibida por el responsable del menor de 5 años de edad.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de los responsables del menor de 5 años con orientación en el manejo de IRAs y EDAs.

Variable	**Definición conceptual**	**Dimensión**	**Definición operacional**	**Tipo de variable/ Escala de medición**	**Indicador**
Cuidado del niño menor de 5 años por parte de su responsable	Conjunto de actividades de higiene y cuidado que realiza el responsable del niño menor de 5 años.	Lavado de manos del menor de 5 años	Momentos en los que el responsable del menor de 5 años le lava las manos o verifica que este se las lave, considerando: -Adecuado. Antes de comer y después de ir al baño -Inadecuado. Hacerlo sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.	Cualitativa Nominal	Porcentajes de los responsables del menor con un cuidado adecuado e inadecuado del menor de cinco años
		Lavado de frutas y verduras	Tipo de lavado que realiza el responsable		

		que ingiere el menor de 5 años	del menor de 5 años de las frutas y verduras que este consume, considerando: -Adecuado. Las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta -Inadecuado. Las come tal cual sin lavarlas o desinfectarlas.		
		Agua que se le da a beber al menor de 5 años	Tipo de agua que provee el responsable al menor de 5 años, considerando como: -Adecuado. La hierven, le ponen gotas desinfectantes, utilizan filtro, compran agua embotellada. -Inadecuado. La usan tal y como la obtienen de la llave.		

Tabla #. Variables epidemiológicas para el análisis de las enfermedades crónicas de los daños priorizados, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensión Arterial (HTA) y Cirrosis Hepática.

Variable	**Definición conceptual**	**Dimensión**	**definición operacional**	**Tipo de variable/ Escala de medición**	**Indicador**
Enfermedad crónica	Estado que presenta síntomas con un tratamiento prolongado, abarca uno o más órganos, afecta el estado de salud de una persona o su funcionamiento psicológico y dura más de 15 días	Diabetes mellitus tipo 2	Casos existentes de diabetes en los habitantes de cada vivienda reportados por el entrevistado	Cualitativa Nominal	Frecuencia absoluta y prevalencia
		Hipertensión arterial	Casos existentes de hipertensión arterial en los habitantes de cada vivienda reportados por el entrevistado		
		Cirrosis	Casos		

		hepática	existentes de cirrosis hepática en los habitantes de la vivienda reportados por el entrevistado		
Antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	Transmisión de un conjunto de caracteres patológicos para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial que es de padres a hijos		Antecedentes de padres o abuelos que padezcan o hayan padecido diabetes o hipertensión arterial referido por el entrevistado	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con DM2 o HTA con antecedentes heredofamiliares
Años de padecer Diabetes Mellitus tipo 2			Número de años transcurridos desde el diagnóstico de la DM2 del (s) habitantes de la vivienda que padezcan la enfermedad	Discreta	Media de años de las personas con DM2
Tratamiento para personas con Diabetes Mellitus tipo 2	Tratamiento que tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir complicaci	Tratamiento que lleva un individuo que fue diagnosticado por DM2, el cual incluye: Ejercicio	Ejercicio físico que el individuo diagnosticado con DM2 dice realizar o no		Frecuencia absoluta y porcentaje de personas con DM2 que hagan ejercicio físico

	ones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	físico			
		Dieta especial	Conjunto de alimentos específicos que consumen diariamente los individuos con DM 2		Frecuencia absoluta u porcentaje de personas con DM2 que lleven una dieta especial
		Tratamiento medicamentoso	Medicamentos específicos que son recetados por el médico de una institución pública o privada y que debe seguir el individuo con DM2		Frecuencia absoluta y porcentaje de DM2 que lleven un tratamiento medicamentosos
		Lugar donde recibe el tratamiento	Lugar donde el entrevistado refiere que la (s) personas con DM reciben el tratamiento médico para la enfermedad siendo alguno de los	Cualitativa Nominal	Porcentaje de las personas con DM2 que reciban tratamiento de la SSA/Seguro Popular

			siguientes: IMSS, ISSSTE, SSA/SEGURO POPULAR, PEMEX, MARINA, SEDENA, IMSS-OPORTUNIDADES, SAISUV, PRIVADA u OTRO, NO SABE. NO RESPONDE		
Tiempo y manejo de la hipertensión arterial	Tiempo que la persona lleva de ser diagnosticada con hipertensión arterial por un médico y la observación sobre el manejo de su hipertensión mediante tratamiento conductual y medicamentoso	Tiempo con la hipertensión	Número de años que las personas refieran tengan hipertensión arterial	Discreta	Años con hipertensión arterial
		Tratamiento para la hipertensión arterial	Personas con hipertensión arterial que manifiesten	Cualitativa Nominal	Valores absolutos y relativos de personas con

			tomar o no tomar tratamiento medicamentoso para su control.		y sin tratamiento farmacológico.
		Institución donde obtiene el tratamiento	Institución de salud que refiera el entrevistado que le otorga el tratamiento farmacológico a la (s) personas con HTA sea alguna de las siguientes: IMSS, ISSSTE, SSA/SEGURO POPULAR, PEMEX, MARINA, SEDENA, IMSS OPORTUNIDADES, SAISUV, PRIVADA u OTRO, NO SABE. NO RESPONDE		Valores absolutos y relativos de las diversas instituciones de salud que otorgan tratamiento farmacológico a las personas con hipertensión arterial.
		Apego al tratamiento medico	Entrevistados que refieran apego al tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio.		Valores absolutos y relativos de las personas que refieran o no apego a su tratamiento médico.
		Enfermedades	Personas que respondan		Porcentaje de personas

		agregadas	tener colesterol alto y/o DM2		que tengan hipercolesterolemia y diabetes
Consumo de alimentos procesados con alto contenido de sal como	Se refiere la frecuencia de consumo de alimentos procesados como enlatados, mortadela, jamones, condición de riesgo para la Hipertensión arterial		Opinión que emite la persona entrevistada sobre la frecuencia de su consumo de alimentos procesados y puede ser: si, no, no sabe y no contesta.	Cualitativa nominal	Porcentaje de personas entrevistadas que dicen consumir frecuentemente alimentos procesados en si, no, no sabe y no contesta.
Cirrosis Hepática/Morbilidad	Es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas. Es un proceso que forma septos fibrosos y de nódulos de regeneración que causan la distorsión de la arquitectura y anatomía vascular normal	Tipo de cirrosis hepática	Tipo de Cirrosis que el entrevistado refiera de la persona que la padece en la vivienda, pudiendo ser alguna de las siguientes: Alcoholo-nutricional, por Hepatitis, Otra(Especifique), No sabe o No responde	Cualitativa Nominal	Frecuencia absoluta de las categorias
		Alcoholismo	El entrevistado referirá si las	Cualitativa Dicotó	Porcentaje estimado de personas con

			personas que padecen Cirrosis Hepática en la vivienda toman 7 cervezas o más copas a la semana.	mica	Cirrosis hepática que presentan alcoholismo.
		Trasfusiones	El entrevistado referirá si las personas que padecen Cirrosis Hepática en la vivienda recibieron trasfusiones de sangre antes de 1990.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje estimado de personas con Cirrosis hepática que recibieron trasfusiones sanguíneas antes de 1990.

Tabla #. Variables para el análisis de la información con la que cuenta la población sobre los daños priorizados para mortalidad

variable	**Definición conceptual**	**Dimensión**	**Definición operacional**	**Tipo de variable/ Escala de medición**	**Indicador**
Información sobre los síntomas de la Diabetes Mellitus tipo 2	Fenómeno patológico o alteración de la normalidad experimentada por la persona que es índice de enfermedad		Se considera a la persona informada si contesta conocer algunos de los siguientes síntomas de la DM2. Orinar con mucha		Porcentaje de personas que con y sin información sobre los síntomas de la DM2

			frecuencia, tener mucha sed, tener mucha hambre, pérdida de peso, otros (especifique), no sabe o no responde		
Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2	Presencia de un estado no deseado y/o inesperado en la evolución prevista		Se considera a la persona informada si contesta correctamente conocer algunas de las siguientes complicaciones de la DM2: Retinopatía, nefropatía, pie diabético, neuropatía, cardiopatía, otros (especifique), no sabe o no responde	Cualitativa Nominal	Porcentaje de las personas con y sin información sobre las complicaciones de DM2
Causas de la Diabetes Mellitus tipo 2.	Aquello que se considera como fundamento u origen de algo		Se considera a la persona como informada si contesta correctamente conocer algunas de las siguientes causas de las DM2: Antecedentes de la enfermedad en los padres o abuelos,	Cualitativa Nominal	Porcentaje de la población con o son información sobre las causa de la DM2

			sobrepeso u obesidad, Sedentarismo o falta de ejercicio físico, mala alimentación, otros (especifique), no sabe o no responde		
Información de la Cirrosis hepática.	Información con la que cuenta una persona de cierto tema específico.	Causas	El entrevistado referirá si conoce las causas para enfermar por Cirrosis hepática.	Cualitativa politomica	Porcentaje estimado de personas que conocen las causas de la Cirrosis hepática.
			El entrevistado referirá todas las causas que conoce para enfermar por Cirrosis hepática, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Alcoholismo, hepatitis B, hepatitis C, hepatitis Medicamentosa, otros(Especificar), no sabe o no contesta	Cualitativa Politómica	Porcentaje estimado de personas por cada causa que mencionan conocer.
		Complicaciones	El entrevistado	Cualitativa	Porcentaje estimado

			referirá si conoce las complicaciones para morir por Cirrosis hepática.	Politómica	de personas que conocen las complicaciones para morir de la Cirrosis hepática.
			El entrevistado referirá todas las complicaciones que conoce para morir por Cirrosis hepática, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Varices esofágicas, ascitis, síndrome hepato-renal, encefalopatía, hepática, otros(Especificar), no sabe o no contesta	Cualitativa Politómica	Porcentaje estimado de personas por cada complicación que mencionan conocer.
Información general sobre VIH/SIDA	Suceso capaz de transmitir conocimientos entre un emisor y receptor a través de un medio	Información general sobre VIH/SIDA	Se considera informada si la persona encuestada contesta correctamente los ítems: 114-118, 124[b]-125[a]	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem

	de comunicación, sobre aspectos generales del VIH/SIDA [1]				
		Información sobre las vías de transmisión del VIH	Se considera informada si la persona encuestada contesta correctamente los ítems: 119-124[a]	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem
				Cualitativa Ordinal Nivel de información Nulo=0 Bajo = 1 o 2 Medio = 3 o 4 Alto = 5 o 6	Porcentaje de personas en cada nivel de información sobre transmisión del VIH
		Información sobre prevención del contagio de VIH	Se considera informada si la persona encuestada contesta correctamente al ítem: 125[b]	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información correcta
Información proporcionada por la unidad de salud	Suceso capaz de transmitir conocimientos entre un emisor y receptor a través de un medio		Se considera que la persona encuestada ha recibido información si contesta afirmativamente acerca de		

	de comunicación, proporcionados a la población por la unidad de salud a la que acuden		alguno (s) de los siguientes temas: Diabetes mellitus o azúcar, hipertensión arterial o presión alta, cirrosis hepática, VIH/SIDA, enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas, lactancia materna u otra (especifique)		

Tabla #. Variables para el análisis de la información de recursos, servicios y programas de salud

variable	**Definición conceptual**	**Dimensión**	**Definición operacional**	**Tipo de variable/ Escala de medición**	**Indicador**
Derechohabiencia a la seguridad social	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: SAISUV, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, otra (especifique) o ninguna.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas según institución de seguridad social
Utilización	Instituciones		Las	cualitativ	Porcentaje

n de los servicios de salud	de salud que usa con mayor frecuencia la familia		instituciones de salud que el entrevistado declare utilizan con mayor frecuencia los habitantes de la vivienda cuando se enferman, siendo alguna de las siguientes: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, SAISUV, SSA/ Sin Seguro Popular, SSA/Con seguro popular, privadas, medicina tradicional, ningún lado u otra	a Nominal	de familias según utilización de los servicios se salud por institución
Uso habitual de los servicios de salud	Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y personal que forman parte del sector salud cuyo objetivo principal consiste en mejorar la		nombre del lugar a donde el entrevistado acude habitualmente a los servicios de salud, para prevención, curación, cuidado y rehabilitación	cualitativa nominal	Porcentaje de la población que acude habitualmente a los servicios de salud para las categorías mencionadas

	salud de la población (Maya Mejía JM., 2003).		, para :consulta general, Médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas		
Percepción de la calidad de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios salud que recibe para su atención	Consulta medica	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de consulta médica que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta	Cualitativa Ordinal Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas según opinión de la calidad de los servicios de salud recibidos. En buenos, regulares, malos, No aplica y no sabe/ no contesta.
		Consulta especializada	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de consulta especializada que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser:		

			Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
		hospitalización	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de hospitalización que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta.		
		Estudios de laboratorio	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de laboratorio que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta.		
		Radiografías	Opinión que emite la		

			persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de radiografías que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
		vacunas	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de vacunación que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
Percepción del gasto en el uso de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre el gasto en que incurre la familia cuando utiliza los	.	Opinión que emite la persona entrevistada sobre el gasto en transportes, comida, pagos al médico,	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas , según opinión del bajo, medio y elevado

	servicios de salud de mayor frecuencia		medicamentos u otros pago cuando acude a los servicios de salud (consulta general, médico especialista, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) que utiliza la familia con mayor frecuencia, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta		
Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión y sugerencias que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia	Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buena, regular, mala o no aplica.	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena, regular, mala.
		Otros servicios que ofrece la unidad	Otro tipo de servicios adicionales a los		Porcentaje de personas que mencionan

			mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) que ofrece la unidad a la que la persona entrevistada y su familia acuden con mayor frecuencia.		haber recibido servicios distintos a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) y cuáles.
		Sugerencias para mejorar los servicios de salud	Sugerencias que le entrevistado refiera para mejorar los servicios de salid a los que él (a) o su familia acuden		Porcentaje de personas con sugerencias propuestas y tipo de sugerencia.

Tabla #. Variables para el análisis de los casos de mortalidad y causas

variable	**Definición conceptual**	**dimensión**	**Definición operacional**	**tipo de variable/ Escala de medición**	**Indicador**
Defunciones	Permite conocer las causas por lo que fallece la	Sexo	Sexo que el entrevistado refiera de las personas que fallecieron en la	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de hombres y mujeres.

	Población y las características de ésta al morir.		vivienda el año 2012.		
		Edad	Número de años o meses que el entrevistado refiera de las personas que fallecieron en la vivienda en el año 2012.	Cuantitativa de razón continua	Media de la edad de personas que murieron por la causa que el entrevistado mencione.
		Enfermedad o motivo de fallecimiento	Enfermedad que el entrevistado refiera causó la muerte de las personas que fallecieron en la vivienda en el año 2012. Pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cirrosis hepática, VIH/SIDA, diarreas, infecciones respiratorias, otros(Especificar), no sabe, no contestó	Cualitativa Politómica	Porcentaje de personas fallecidas por cada enfermedad.
		Silueta	Número de silueta que el entrevistado refiera de las	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con

			personas mayores de 18 años.		sobrepeso que fallecieron en la vivienda en el año 2012.
		Alcoholismo	El entrevistado referirá si las personas que fallecieron en la vivienda el año 2012 tomaban 7 cervezas o más copas a la semana.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de fallecidos con la característica de alcoholismo.

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

CAMPUS XALAPA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

"DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD URBANO COLONIA REVOLUCIÓN"

EQUIPO:

Raquel Almaraz Velasco

Atalia Castillo Reyes

Aarón Domínguez Hernández

Rubén Alberto González Reyes

Marcelo Antonio Guiot Santiago

ASESORES INTERNOS:

Dr. Benno de Keijzer Fokker

Mtra. Ma. de Lourdes Mota Morales

ASESOR EXTERNO:

Dra. Zarinah Viveros Torres

Xalapa, Ver., viernes 06 de diciembre del 2013

Índice

I.-RESUMEN	**II**
II.-INTRODUCCIÓN	**1**
III.-MARCO REFERENCIAL	**3**
III.1.-Marco jurídico	**3**
III.2.-Marco teórico	**12**
III.2.1.-Sistema de salud	**12**
III.2.2.-Diagnóstico de salud	**15**
III.3.-Marco contextual	**17**
III.3.1.-Antecedentes históricos	**17**
III.3.2.-Ubicación y nombre de la unidad	**18**
III.3.3.-Descripción del Inmueble	**19**
III.3.4.-Descripción del personal de salud	**20**
III.3.5.-Organización de la unidad	**21**
III.3.6.-Sistema de Información con los que cuenta la unidad	**30**
III.4.-Marco empírico	**31**
IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	**36**
V.-JUSTIFICACIÓN	**38**
VI.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	**39**
VII.-OBJETIVO	**40**
VII.1.-Objetivo general	**40**
VII.2.-Objetivos específicos	**40**
VIII.-METODOLOGÍA	**41**
VIII.1.-Diseño	**41**
VIII.2.-Universo	**41**
VIII.3.-Selección y tamaño de muestra	**41**
VIII.4.-Técnicas e instrumentos de recolección de la información	**42**
VIII.5.-Procesamiento y análisis de la información	**46**
IX.-RESULTADOS	**47**
IX.1.-Localización geográfica y área de influencia	**47**
IX.2.-Características demográficas	**48**
IX.3.-Daños a la salud	**51**
IX.3.1.-Morbilidad	**51**
IX.3.2.-Mortalidad	**52**
IX.3.3.-Priorización de daños a la salud	**53**
X.-DISCUSIÓN	**80**
XI.-CONCLUSIONES	**82**
XII.-RECOMENDACIONES	**83**
XIII.-EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE	**84**
XIV.-REFERENCIAS	**85**
XV.-ANEXOS	**86**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No.1.-Diez principales motivos de consulta en el Centro de Salud de enero a diciembre de 2004, según Diagnóstico de Salud 2006.	**33**
Tabla No.2.-Diez principales motivos de consulta en el Centro de Salud de enero a diciembre de 2011, según Diagnóstico de Salud 2011.	**33**
Tabla No. 3-Diez principales causas de mortalidad en el Municipio de Xalapa, Ver. de enero a diciembre de 2004	**34**
Tabla 4.-Diez principales causas de mortalidad en el Municipio de Xalapa de enero a diciembre de 2011.	**34**
Tabla No.5.-Causas principales de morbilidad en el Municipio de Xalapa, Ver. en el año 2012.	**43**
Tabla No. 6.-Causas principales de mortalidad en el Municipio de Xalapa, Ver. en el año 2012.	**44**
Tabla No. 7.- Colonias del área de influencia del Centro de Salud "Revolución" Xalapa, Ver.	**47**
Tabla No. 8.-Población por edad, sexo y grupos quinquenales del municipio de Xalapa en 2012.	**48**
Tabla No.9.-Diez principales motivos de consulta en el Centro de Salud "Revolución" en el año 2012.	**51**
Tabla No.10.-Diez principales causas de mortalidad en el Municipio de Xalapa en el año 2011.	**52**
Tabla No. 11.-Mortalidad por causa de enfermedades isquémicas del corazón para el cálculo del criterio de magnitud, en el Municipio de Xalapa, Ver. de enero a diciembre de 2012.	**53**
Tabla No. 12.-Tabla de mortalidad por causa de enfermedades isquémicas del corazón para el cálculo del criterio de trascendencia, en el Municipio de Xalapa, Ver. . de enero a diciembre de 2012	**54**
Tabla No. 13.-Cálculo de la Razón Estandarizada de Mortalidad por causa de enfermedades isquémicas del corazón, para el Municipio de Xalapa, Ver. en relación a la población del Estado de Nuevo León en el año 2012 para ambas poblaciones.	**55**
Tabla No. 14.-Cálculo de priorización de daños a la salud con respecto a las enfermedades isquémicas del corazón.	**56**
Tabla No. 15.-Tabla de 10 enfermedades priorizadas del Municipio de Xalapa, Ver.	**56**
Tabla No. 16.- Unidad médica a la que se acude a solicitar consulta.	**62**
Tabla No. 17.- Unidad médica a la que se acude a solicitar consulta con el médico especialista	**62**
Tabla No. 18.-. Unidad médica a la que se acude a solicitar hospitalización	**63**
Tabla No. 19.- A donde acuden a realizarse estudios de laboratorio	**63**
Tabla No. 20.- A donde acuden a solicitar vacunación	**64**
Tabla No. 21.- Como considera los servicios que usted más utiliza:	**64**
Tabla No. 22.-Como considera el gasto que genera acudir a los servicios que usted más utiliza:	**66**
Tabla No. 23.-Antecedentes heredo familiares de la población de responsabilidad del Centro de Salud urbano "Revolución".	**71**
Tabla No. 24.- Resultados conocimiento sobre el VIH-SIDA	**72**
Tabla No. 25.- Resultados conocimiento sobre el VIH-SIDA	**73**
Tabla No. 26. - Resultados conocimiento sobre el VIH-SIDA	**73**
Tabla No. 27.- Enfermedades que padecen habitualmente las personas con VIH-SIDA	**74**
Tabla No. 28.- Unidad a la que acude se le ha proporcionado información sobre enfermedades diversas.	**74**

Tabla No. 29.- En la unidad a la que acuden le han proporcionado información sobre…	**75**
Tabla No.30.- Se puede prevenir el contagio del VIH mediante:	**75**
Tabla No. 31.- Nivel de vida de la población encuestada:	**77**
Tabla No.32.- Asociación de variables antecedentes heredofamiliares y ejercicio con Diabetes mellitus.	**78**
Tabla No. 33.- Asociación de variables antecedentes heredofamiliares con Hipertensión arterial.	**78**
Tabla No. 33.- Asociación de variables antecedentes heredofamiliares con Hipertensión arterial.	**78**
Tabla No. 35.- Asociación de variables consumo de alcohol con escolaridad baja o nula.	**79**

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico No.1.-Organigrama del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución	**28**
Gráfico No. 2.-Pirámide poblacional del municipio de Xalapa en 2013	**49**
Gráfico No.3.-Porcentaje de población de acuerdo al sexo, del área de responsabilidad del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**57**
Gráfico No. 4.-Estructura demográfica. Centro de Salud Urbano Colonia Revolución por grupos quinquenales.	**58**
Gráfico No. 5.- Población ocupada del área de responsabilidad del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**59**
Gráfico No. 6.- Escolaridad de la población de responsabilidad del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**61**
Gráfico No. 7.- Institución a la que acuden con mayor frecuencia a solicitar consulta médica las personas encuestadas y/o referidas	**65**
Gráfico No. 8.- Institución a la que acuden con mayor frecuencia a solicitar el servicio de vacunación las personas encuestadas y/o referidas	**67**
Gráfico No. 9.- Enfermedades crónicas en la población de responsabilidad **del** Centro de Salud Urbano "Revolución"	**68**
Gráfico No. 10.- Enfermedades agudas en la población de responsabilidad de los menores de 5 años del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**69**
Gráfico No. 11.- Percepción de la imagen corporal de la población de responsabilidad de 18 años y más del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**70**
Gráfico No. 12.- Conocimiento de cirrosis hepática que refiere la población de responsabilidad del del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**71**
Gráfico No. 13.- Conocimiento de cirrosis hepática que refiere la población de responsabilidad del del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**72**
Gráfico No. 14.- Presencia de tabaquismo en la población encuestada en el "Centro de Salud Urbano "Revolución"	**76**
Gráfico No. 15.- Presencia del consumo de alcohol en la población encuestada del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**76**
Gráfico No. 16.- Presencia de hacinamiento en la población encuestada del Centro de Salud Urbano "Revolución"	**77**

I.-RESUMEN

El diagnóstico de salud es una herramienta que permite conocer y comprender la situación de salud de una población mediante el análisis de los daños de salud, factores de riesgo, prácticas y entorno cultural. Además de lo anterior, el diagnostico de salud es el primer paso para la organización e implementación de estrategias, intervenciones y demás acciones de salud pública, de ahí su importancia.

En el presente trabajo realizado en el Centro de Salud Urbano “Colonia Revolución” se describe la situación de la población de responsabilidad de la unidad, mediante un diagnóstico que arroja los principales daños a la salud y factores de riesgo, así como frecuencias y prevalencias de las distintas enfermedades que se presentan en el centro.

II.-INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene el objeto de identificar los factores principales relacionados con los daños a la salud, a través un proceso de recabar, clasificar e interpretar la información necesaria en el proceso de atención en salud en el Centro de Salud Urbano “Revolución” de la ciudad de Xalapa, Ver. Para ello, intervenimos una vez a la semana, en a la unidad médica con el fin de obtener datos relevantes para la elaboración del Diagnóstico de Salud 2012.

En apego a las recomendaciones de nuestros asesores del Instituto de Salud Pública y en coordinación con el asesor externo, la directora de la unidad “Revolución” dimos seguimiento al programa de actividades establecido.

El trabajo cuenta con el respaldo de datos provenientes de fuentes primarias y secundarias como el: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Consejo Nacional de Población (CONAPO) con datos del año 2012, así como el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) vigente.

Siguiendo la normatividad del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) nos ocuparemos de establecer la relación de lo que marca la norma y de la realidad práctica en la unidad médica.

La atención de servicios de salud en el nivel primario tiene por objeto proveer servicios de atención en salud orientados a la promoción, prevención y atención a la salud. Las reformas impulsadas desde la administración del ex presidente Vicente Fox, buscaron el fomento de la planeación estratégica en el sistema de salud. Con el objeto de romper con los obstáculos financieros se precisaron una serie de reformas que promovían el cambio organizacional y de planeación de la infraestructura de las unidades de atención. Sin embargo, la mayor parte de la infraestructura ya creada en los diversos niveles de atención es obsoleta y carece del cumplimiento regulatorio que establece uno de los marcos normativos impulsados desde las recientes reformas en este rubro.

El denominado el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) propone cambios precisos sobre la planeación de la infraestructura destinada a la atención de la salud, así como a la normatividad del proceso de atención en salud en cuanto a su organización, situación que involucró la modificación de leyes y su posterior materialización. Los obstáculos en este proceso de materialización implicaron retos financieros y ajustes que en muchos casos no se lograron apegar de facto al proceso de cambio. Este es el caso del Centro de Salud “Revolución” que a lo largo de este proceso de apego a la normatividad propuesta por dichas reformas, aún no ha consolidado funcionalmente el marco normativo que le rige.

De esta cartera de servicios no se cuentan control y detección del Virus inmunodeficiencia adquirida (VIH) Sida, sífilis, diabetes y glucosa (por medio de tiras reactivas), consulta geriátrica especializada, unidad dental por cada 3,000 habitantes de su área de responsabilidad, y laboratorio básico (la persona que hace las funciones de química clínica solo se encuentra en un horario de 8 a 10 de la mañana de lunes a viernes sin un área para la realización de sus funciones).

El Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) se compone por unidades médicas de distinto nivel de complejidad dentro de un sistema de Modelos de Unidades Médicas:

a) Casa de salud,
b) **Centro de Salud**
c) Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA),
d) Hospital de la Comunidad,
e) Unidad de Especialidades Médicas (UNEME),
f) Hospital General,
g) Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE), y
h) Hospital de Especialidad.

El Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) involucra una sistematización diseñada para la aplicación de la población de responsabilidad de los centros de salud de primer nivel, como es el caso del Centro de Salud Urbano “Revolución “en esta ciudad de Xalapa, Veracruz, aunque este no se apega a la normatividad establecida por el modelo integrador de servicios de salud.

III.-MARCO REFERENCIAL

III.1.-Marco jurídico

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos(1)

Título Primero

Capítulo I

De los Derechos humanos y sus Garantías

Artículo 4º

Párrafo 4to.-Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Ley General de Salud (2)

TITULO PRIMERO
Disposiciones Generales

CAPITULO UNICO

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;

TITULO SEGUNDO
Sistema Nacional de Salud

CAPITULO I
Disposiciones Comunes

Artículo 6o.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

Artículo 8o.- Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

Artículo 25.- Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

III. La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas**,** paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;

Artículo 29.- Del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

TÍTULO TERCERO BIS
De la Protección Social en Salud

Capítulo I
Disposiciones Generales

Artículo 77 bis 1.- Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina

interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Artículo 77 bis 2.- Para los efectos de esta Ley, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título.

Para efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal.

Artículo 77 bis 3.- Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.

Capítulo II
De los Beneficios de la Protección Social en Salud

Artículo 77 bis 7.- Gozarán de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:

I. Ser residentes en el territorio nacional;

II. No ser derechohabientes de la seguridad social;

III. Contar con Clave Única de Registro de Población;

IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 Bis 21 de esta Ley, y

V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.

Artículo 77 bis 9.- Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.

La Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;

II. Aplicación de exámenes preventivos;

III. Programación de citas para consultas;

IV. Atención personalizada;

V. Integración de expedientes clínicos;

VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;

VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y

VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

Capítulo IX
Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios

Artículo 77 bis 36.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

Artículo 77 bis 37.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

I. Recibir servicios integrales de salud;

II. Acceso igualitario a la atención;

IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;

Artículo 77 bis 38.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:

I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;

III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;

V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;

VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;

X. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y

XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.

Capítulo X
Causas de Suspensión y Cancelación al Sistema de Protección Social en Salud

Artículo 77 bis 39.- La cobertura de protección social en salud será suspendida de manera temporal a cualquier familia beneficiaria en los siguientes casos:

I. Cuando no cubra las cuotas familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, en su caso, y

II. Cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.

La cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud en un mismo ejercicio presupuestal.

Artículo 77 bis 40.- Se cancelarán los beneficios de la protección social en salud y la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:

I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;

II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y

III. Proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabiencia de la seguridad social.

En la aplicación de este artículo la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.

III.2.-Marco teórico

III.2.1.-Sistema de salud

La salud es un derecho fundamental del individuo que para su consecución necesita la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales. Entre ellos el sistema de salud, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo las actividades encaminadas a mejorar la salud.[1]

En México la Secretaria de Salud, denominada anteriormente de Salubridad y Asistencia, es la responsable directa de planear, dirigir, coordinar y evaluar todas las acciones que en beneficio de la salud se llevaran a cabo en todo el país.

En cuanto al sistema de salud mexicano posee tres componentes básicos: los servicios privados, los de seguridad social y los que se brindan a la "población abierta" que carecen de capacidad de pago y no tienen relación laboral que le permita ingresar a uno de ellos. Estos últimos reciben los servicios de la SSA y otras instituciones, sean del sector público, privado o asociaciones civiles.

Uno de los propósitos de la Secretaria de Salud es implementar el Sistema Nacional de Salud (SNS), y de formular el Programa Nacional de Salud, que se constituyó en México a partir del año de 1982, junto con el sector salud. El cual quedo formado por las diferentes instituciones que proporcionan servicios de salud en el país.

El sector salud, estableció un paso importante para el otorgamiento de servicios de salud a toda la población de salud. Donde el Sistema Nacional de Salud se orienta en dos grandes aspectos generales: en el primero se trata de ampliar la cobertura de los servicios, dando prioridad a los núcleos rurales y a los urbanos desprotegidos, armonizando los programas del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de los sectores públicos y privados. La segunda, es elevar la calidad de los servicios a un mínimo satisfactorio. El consenso mundial en relación con la calidad de los servicios médicos establece que debe darse prioridad a la atención médica de los problemas de salud más frecuentes, incrementando al máximo posible las acciones médico preventivas y de salud pública. Ítem

Atención primaria a la salud

En la conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió a la atención primaria de la salud (APS) como la "asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos familias de la comunidad, mediante su plena participación, y aun costo que la comunidad y país pueda soportar, en todas y cada una de las

etapas de desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS es parte integrante del sistema nacional de salud, del que se constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". [2]

En la Segunda mitad del decenio de 1950 se construyeron los primeros Centros de Salud como parte de la infraestructura médico- asistencial. El centro de salud de Atención Primaria en Salud (APS), es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada, integral, continuada, permanente basada en trabajo en el equipo de los profesionales que actúan en el centro. El centro de salud como institución la responsabilidad de la atención a una comunidad definida demográfica y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos.

Estos centros se deben ubicar en localidades con mayor población y demanda. El área de influencia se encuentra en un radio de 15 kilómetros y el tiempo de recorrido es de hasta 30 minutos del hogar del usuario o de la casa de salud. Su capacidad puede ser de 1 a 12 núcleos básicos. En el medio urbano se considera tiempo máximo de 30 minutos y con distancia máxima de recorrido de 5 kilómetros. [4]

De acuerdo a la atención médica del primer nivel de atención, se fundamenta en unidades estructurales funcionales responsables de la atención integral de una población dentro de un ámbito geográfico. La unidad básica de la atención médica es el Núcleo Básico de Servicios de Salud (NBSS), bajo los componentes siguientes:

Componente del personal: El núcleo Básico de Servicios de Salud (NBSS) integrado por un médico general, una enfermera de campo y una enfermera de clínicas.

Componente Poblacional: El área geográfica y poblacional representada por la población de responsabilidad residente en un área determinada. Esta población es de 3.000 habitantes o 500 familias.

Componente de estructura física: Es la sede del núcleo Básico, que contara con un consultorio equipado para la atención de la población de responsabilidad.

Componente Metodológico: Se conforma por los elementos de programación, información y evaluación de las actividades del equipo Nuclear, representados por el Rota folio de Información Básica, el Diagnostico de Salud, Cartografía del área y Carpetas Familiares.

Por lo tanto los Centros de Salud crecerán en número de Núcleos Básicos, en función del incremento poblacional, demanda de atención y criterios de eficiencia (promedio de consultas por medico) respalda documentalmente; para fines operacionales, se considera población urbana aquella con más de 15.000 habitantes.

Considerando lo anterior se debe mencionar que la estrategia denominada primaria de la salud está basada en las resoluciones de la Conferencia de Alma Ata, Rusia, celebrada el año de 1977 y que fundamentan la meta de la organización mundial de la salud, "salud para todos en el año 2000". Las principales actividades de la atención primaria de la salud son:

1. Promoción de la salud.
2. Incremento de las acciones preventivas
3. Atención a los padecimientos más frecuentes y a los endémicos.
4. Suministro de alimentos y medicamentos
5. Salud materna infantil y planificación familiar.
6. Adiestramiento y capacitación del personal.
7. Trabajo en equipo y participación activa de la comunidad.
8. Tecnología adecuada y de bajo costo.
9. Aplicación de la cobertura e integración de servicios de salud.
10. Saneamiento ambiental básico[3]

Entonces tenemos que para la participación activa de la población en los programas de atención de la salud, 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. [3]

III.2.2.-Diagnóstico de salud

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 individuales y generales de la población estudiada. El diagnostico de salud antecede a cualquier programa de atención médica, pues también determina alternativas para la solución de los problemas de salud. [1,5]

Sin embargo otros autores como Miguel Acosta conceptualizan al diagnóstico de salud como aquel que ayuda a definir, priorizar y jerarquizar los principales problemas de salud en la comunidad y ayuda a determinar "el blanco" de la educación para la salud.

Características a para realizar un diagnóstico de salud:

Extensión. El estudio puede comprender sólo una familia, cualquier grupo o todo un estado, una institución o toda una nación.

Amplitud. Según la aplicación que se le quiera dar, puede ser solo la investigación de las causas de enfermedad y muerte o profundizar sobre estadísticas mortalidad, morbilidad y factores condicionantes, ya sean psicosociales, económicos y políticos, así como indicadores no sólo del daño a la salud, sino también al bienestar.

El diagnóstico de la salud debe reunir las siguientes características:

Objetividad: los datos deben presentarse siempre que sea posible en forma cuantitativa para evitar la subjetividad.

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

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

Temporalidad: Generalmente se refiere a un tiempo determinado. Por ejemplo, un año.

El diagnóstico de salud se puede integrar por los siguientes datos:

Ubicación geográfica. Para la salud es un fenómeno ecológico en el que influye el clima y otros factores relacionados con la situación geográfica de la población.

Datos demográficos. Deben consignarse por edad y sexo, para conocer el grupo de edad al que deben dirigirse prioritariamente los programas.

Datos socioeconómicos. La de estos factores es bien conocida: actividad o empleo, ingreso familiar, estado civil de los habitantes, etc.

Saneamiento del Medio. Dotación de agua, calidad y cantidad, tipo de drenaje y alcantarillado, expendio de alimentos, de bebidas alcohólicas, basureros, industrias, contaminantes, y molestias sanitarias.

Daños a la salud. Se conoce a través de los datos de mortalidad y morbilidad.

Recursos para la salud. Son las personas que trabajan en servicios de la salud: médicos, enfermeras, otro personal de salud, personal voluntario.

III.3.-Marco contextual

III.3.1.-Antecedentes históricos

Según datos publicados, Xalapa fue fundada en el año de 1313, doce años antes que la capital de la Anáhuac Tenochtitlán. En 1791, los habitantes de Xalapa, se dirigieron al Virrey de la Nueva España, Conde de Revillagigedo para que solicitara al Rey de España Carlos IV, se le concediera a Xalapa el título de Villa.

En el año de 1830, por decreto del 29 de noviembre, firmado por el Vicegobernador Don Manuel María Pérez, la Villa de Xalapa fue elevada a rango de Ciudad.

Actualmente en Xalapa se encuentran instalados los poderes ejecutivo, legislativo y judicial del Estado de Veracruz.

El municipio de Xalapa se encuentra ubicado en la zona centro del Estado de Veracruz, al este de la Sierra Madre Oriental en el eje neo-volcánico, a 1460 metros sobre el nivel del mar, en las coordenadas 19° 32’ latitud norte y 96° 51’ longitud oeste. Con una superficie territorial de 119 km², sus límites municipales son al norte con los municipios de Banderilla, Jilotepec y Naolinco; al sur con Coatepec y Emiliano Zapata; al este con los municipios de Tepetlán, Alto Lucero, Actopan y Emiliano Zapata; al oeste con el municipio de Tlalnelhuayocan.

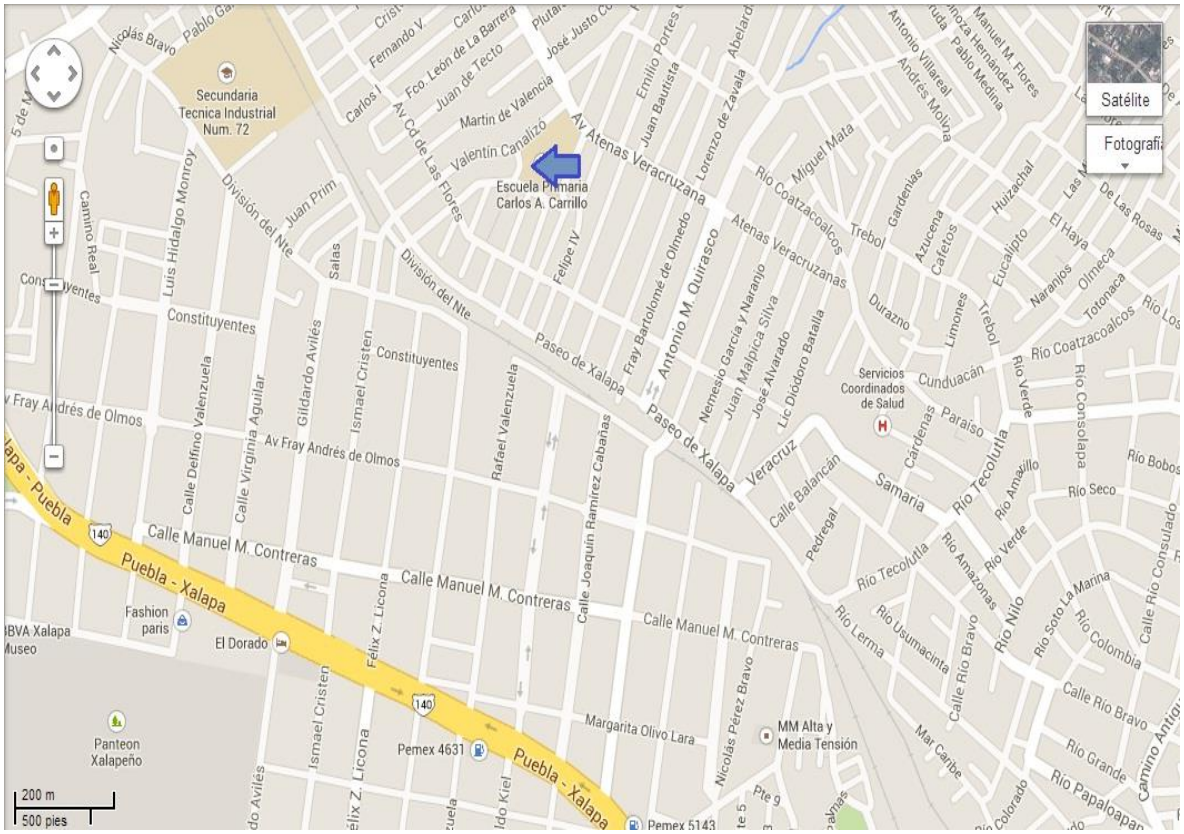
El primer centro de salud en el área que comprende actualmente la Col. Revolución fue instalado en mayo de 1989; siendo una habitación prestada de un particular y acondicionándola como consultorio y sala de espera, con un médico, una enfermera y un promotor de salud en la calle Valerio Trujillo, más tarde, entro los años de 1991 a 1992, es rentada una casa de tres habitaciones durante 9 años con igual número de personal en la calle Carlos Primero No. 24, y con el programa de Cobertura Universal, se incrementa el recurso humano de contrato haciendo un total de 44 elementos.

Posteriormente mediante la gestión de los líderes de la colona y de algunos ya finados, logran que la Secretaria de Salud autorice y libere presupuesto para la edificación del centro de salud en la calle de Valentín Canalizo no. 100, inaugurado el 29 de junio del año 2001 por el gobernador del Estado Lic. Miguel Alemán Velasco y el secretario de Salud Dr. Mauro Loyo Varela.

III.3.2.-Ubicación y nombre de la unidad

El Centro de Salud Urbano “Colonia Revolución”, se encuentra ubicado en la calle de Valentín Canalizo s/n, en la zona norte de la ciudad de Xalapa, Veracruz; depende directamente de la Jurisdicción Sanitaria No. V- Xalapa, de los Servicios de Salud de Veracruz.

Imagen No 1.- Ubicación geográfica del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución.



Fuente: Google Maps 2013.

III.3.3.-Descripción del Inmueble

El Centro de Salud Urbano “Colonia Revolución” cuenta con un edificio planta, donde distribuye la prestación de los diferentes servicios de primer nivel de atención. La unidad cuenta con 8 consultorios médicos de los núcleos básicos: Consulta externa, urgencias, curación y detección de cáncer cervico-uterino (CaCu) y cáncer de mama, odontología, nutrición, área de vacunación, área de enfermería, módulo de atención al paciente diabético, promoción de la salud, séptico, área de recreación en salud, dirección, administración, área de Epidemiología, área de archivo, caja, salas de espera, área de intendencia y baños para personal y el público.

La unidad se encuentra dotada del siguiente equipo para su funcionamiento:

- 10 Camas de exploración
- 7 Básculas con estadiómetro y 5 básculas para lactantes
- 1 Baumanómetro fijo y 4 portátiles
- 1 silla Dental
- 3 Refrigeradores de resguardo de vacunas en la red de frío
- Instrumentación médica (Termómetros, abate lenguas, estetoscopio, etc.)
- 33 Asientos de sala de espera
- 19 Escritorios
- 40 sillas
- 2 Televisiones
- 10 equipos de cómputo en desuso
- 1 línea telefónica

III.3.4.-Descripción del personal de salud

El centro de salud urbano “Colonia revolución”, cuenta con una plantilla de personal de los servicios de salud de Veracruz de 70 personas y personal externo de 6 personas. Los cuales se distribuyen de la siguiente manera: Una persona en dirección, 5 en el área de administración, 58 en atención a la salud,7 promotores de salud,1 químico clínico, 3 intendentes y 2 vigilantes.

Los horarios laborales de la unidad en lunes a viernes son matutino (7:00 am- 2:00 pm) y vespertino (2:00 pm- 9:00 pm). El fin de semana y días festivos es de 12 horas (7:00 am- 7:00 pm).

El centro de salud cuenta con 15 núcleos básicos, que distribuyen de acuerdo al turno: 7 núcleos básicos brindan servicio en el turno matutino y 8 en el vespertino.

El tipo de contratación del personal de la unidad es distinto para cada empleado, dependiendo de la institución que los emplee. De manera general los contratos son de base, eventual y precario.

III.3.5.-Organización de la unidad

Funciones por áreas y servicios

Dirección

- Planear, coordinar, dirigir y controlar el Programa Operativo Anual y el desarrollo de las actividades de la unidad para la prestación de servicios con base en las políticas y normas establecidas.
- Integrar el diagnostico de salud del área de responsabilidad.

Administración

- Coordinar y controlar las actividades de apoyo administrativo relacionado con el manejo de recursos materiales, financieros, humanos y de servicios generales con que cuenta la unidad.

Farmacia

- Recibir, almacenar y registrar los bienes e insumos enviados por la jurisdicción y participar en el proceso de distribución a los servicios que lo requieran.
- Mantener actualizado el inventario y conservar medicamentos, materiales y sustancias.
- Entregar el medicamento a pacientes con receta médica reafirmando indicaciones del mismo.

Servicios Generales

- Vigilar y participar en la conservación y mantenimiento de los muebles, inmuebles y equipo de la unidad e informar a la jurisdicción.
- Apoyar en la transportación del personal, pacientes, material o equipo al lugar que se le indique.
- Mantener en condiciones de limpieza la unidad.

Atención Medica Familiar

- Otorgar atención medica al individuo, familia y comunidad, de manera integral (brindar atención a todos los integrantes de la familia, eliminando oportunidades perdidas de cualquiera de los familiares del paciente), continua (programando citas para control primordialmente en estado de salud), oportuna (en el momento en que se necesite la atención), anticipativa (eminentemente preventiva) y personalizada (relación cálida con el paciente y su familia).

- Elaborar el diagnostico de salud de su área de responsabilidad y conformar el programa de trabajo en base a prioridades.
- Detectar y establecer el tratamiento de los pacientes con deficiencias motoras, incapacidades e invalideces por medio de rehabilitación simplificada.
- Detectar y referir casos que no puedan ser atendidos en la unidad y continuar su control cuando regresen a la misma, así como identificar y referir a los pacientes que requieran asistencia social, a las unidades que competa.
- Promover la participación comunitaria en acciones de salud y en obras de saneamiento básico, así como informar y capacitar a la población para el auto cuidado de su salud.
- Participar en las investigaciones que realice o apruebe la Secretaria de Salud.

Epidemiologia

- Aplicar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica e informar sobre la frecuencia y distribución de riesgos y daños a la salud de la población de su área.

Actividades de los recursos humanos

Médico

- Proporcionar atención medica preventiva, curativa y de rehabilitación de manera integral al individuo, familia y población del área de responsabilidad.
- Participar en las visitas domiciliarias para el control de casos y educación individual, familiar y de grupo en aspectos de salud.
- Participar en la vigilancia epidemiológica de su área de responsabilidad y reportar casos según la normatividad.
- Organizar, coordinar asesorar y supervisar las actividades de sus enfermeras de clínica y de campo.
- Referir a los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad, participar en su seguimiento y continuar su control posterior a la contra referencia.

Enfermería (actividad en el centro de unidad)

- Participar en la elaboración de información básica de la comunidad, en la elaboración y desarrollo de la cedula de micro diagnostico familiar y del programa anual de actividades de la unidad.
- Apoyar en la consulta médica prestada en el consultorio.
- Desarrollar el programa de vacunación intramuros y apoyar las acciones de campo durante la Semana Nacional de Salud.
- Colaborar en el control de las carpetas familiares del consultorio, registro de citas en la agenda y carnet.
- Realizar la preparación y esterilización del material y equipo.
- Promover la utilización adecuada de los servicios de la unidad.
- Promover obras de saneamiento básico.
- Formar y coordinar grupos de personas con riesgos y problemas de salud similares.
- Solicitar los insumos necesarios para realizar sus actividades y conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.
- Realizar las actividades de rehabilitación a pacientes de acuerdo a la normatividad correspondiente.
- Participar en la organización, capacitación, supervisión y evaluación del comité de salud, así como en la identificación y solución a problemas de salud de la comunidad.
- Participar en el sistema de Información en Salud de la Población Abierta según las normas y procedimientos establecidos.
- Realizar actividades de educación para la Salud individual, familiar y de grupo dentro de la unidad.
- Cooperar con el personal que lo supervise y evalué y sugerir a sus posteriores las medidas necesarias para atender la problemática de salud.

Enfermería (actividad en el campo)

- Participar en la elaboración del rota folio de información básica de la comunidad y en la elaboración y desarrollo de la cedula de micro diagnostico familiar y del programa anual de actividades de la unidad.
- Desarrollar el programa de vacunación extramuros.
- Participar en la identificación y referencia de casos que requieran asistencia social a la institución correspondiente.
- Realizar actividades de educación para la salud individual, familiar y de grupo a la comunidad.
- Organizar a la comunidad para que participe en los programas de la unidad.
- Realizar visitas domiciliarias para el control de casos, educación familiar en aspectos de salud y detección de personas que requieran asistencia social.

- Promover en la población la utilización adecuada de los servicios de la unidad y en las acciones de programas estratégicos.
- Promover la participación de la comunidad en la conservación y mantenimiento de la unidad. [4]

Odontólogo

- Analizar las carpetas familiares e individuales para verificar y registrar en ellos la información estomatológica requerida.
- Formular e integrar la programación operativa de las actividades a realizar en el servicio de acuerdo a los resultados del diagnóstico de salud de la comunidad.
- Proporcionar atención estomatológica preventiva, curativa y de urgencias de acuerdo a los lineamientos establecidos.
- Mantener la coordinación con los Núcleos Básicos de la unidad.
- Referir a los pacientes que requieren servicios de mayor complejidad para su atención, vigilando que el mecanismo se aplique en forma adecuada y en beneficio del usuario.
- Informar y capacitar a la población, realizando campañas preventivas de salud bucal y participando en actividades de educación para la salud dirigidas a grupos prioritarios.
- Realizar el llenado de los formatos del Sistema de Información en Salud de Población Abierta referentes al área de Odontología.
- Evaluar los alcances semanales, mensuales y anuales de las actividades realizadas en el área de salud bucal y participar con el personal de los Núcleos en la evaluación de las acciones de la unidad.

Epidemiólogo

- Integrar el diagnostico de salud de la unidad y mantenerlo actualizado.
- Elaborar, actualizar y controlar los expedientes de los casos de importancia epidemiológica.
- Participar en la formulación e integración de la programación operativa anual de las actividades de la unidad.
- Implantar y desarrollar Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en su área de influencia.
- Apoyar a los Núcleos Básicos en el estudio y control de casos y de brotes epidemiológicos y proporcionales información sobre los casos detectados.
- Reportar al nivel superior las enfermedades de notificación inmediata y obligatoria.
- Referir a los pacientes que requieran servicio de mayo complejidad para su atención, vigilando que el mecanismo se aplique en forma adecuada y en beneficio del usuario.

- Informar y capacitar a la población en el auto cuidado de su salud, organizar los grupos de personas con riesgos y problemas de salud similares y participar en las actividades individuales y grupales de educación para la salud.
- Realizar visitas domiciliarias para efectuar el control de casos y proporcionar educación familiar en aspectos de salud relacionados con el padecimiento de que se trate.
- Identificar las necesidades de capacitación específica del personal de la unidad y participar en su realización.
- Participar y fomentar las investigaciones clínicas, epidemiológicas y de servicios que se desarrollen en el área de influencia de la unidad.
- Participar en la evaluación de los alcances semanales, mensuales y anuales de las actividades realizadas por la unidad, en el área de epidemiología.
- Informar las actividades realizadas al director de la unidad o niveles superiores, con la periodicidad establecida o cuando se solicite.
- Promover y vigilar el adecuado mantenimiento y conservación de la planta física de la unidad y conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.

Enfermería (área de curaciones, vacunación)

- Efectuar la preparación de áreas físicas y del paciente, para realizar las curaciones.
- Preparar y esterilizar el material, instrumental y equipo necesario para el buen funcionamiento del servicio.
- Realizar curaciones, ministrar medicamentos y aplicar tratamientos de rehabilitación indicados por el médico.
- Participar en las acciones de Vacunación y aplicar los biólogos de acuerdo a las normas establecidas.
- Registrar y evaluar las actividades realizadas de los formatos específicos del sistema de información en salud en población abierta.
- Promover y vigilar el acuerdo mantenimiento y conservación de la planta física de la unidad y conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.

Químico

- Elaborar e integrar la programación operativa anual de las actividades de laboratorio.
- Coordinar apoyar y supervisar al personal del laboratorio.
- Realizar la interpretación de los análisis clínicos practicados en el laboratorio y los referidos por el personal técnico y enviar los resultados correspondientes.

- Vigilar la correcta ejecución de los primeros procedimientos específicos mediante el control de calidad.
- Identificar las necesidades de capacitación del personal de su área y de la unidad y participar en su realización. [4]
- Participar y fomentar las investigaciones clínicas, epidemiológicas y de servicios que se desarrollen en el área de influencia de la unidad, en lo referente a su especialidad.
- Evaluar los alcances semanales, mensuales y anuales de las actividades realizadas en su área.
- Informar sobre las actividades realizadas al director de la unidad o niveles superiores con la periodicidad establecida o cuando se le solicite.

Director

- Dirigir, coordinar y asesorar la elaboración y actualización anual del diagnóstico de salud del área de influencia de la unidad.
- Programar, organizar, coordinar y evaluar las actividades a desarrollar en la unidad.
- Coordinar la elaboración del presupuesto por programa de la unidad y vigilar su realización.
- Difundir al personal las normas y alineamientos establecidos para los servicios, programas y sistemas del primer nivel de atención y vigilar su correcta aplicación.
- Dirigir, organizar, coordinar, supervisar y evaluar al personal de la unidad.
- Identificar las necesidades de adiestramiento y capacitación del personal, coordinar la elaboración del programa correspondiente y participar en su realización.
- Fomentar y participar en las investigaciones clínicas, epidemiológicas y de servicios que se desarrollen en el área.
- Efectuar el reporte de las situaciones que ameriten acciones de control sanitario y vigilar que se realicen las acciones pertinentes relativas a los casos reportados.
- Establecer y mantener la coordinación con las demás instituciones del sector y las de otros sectores existentes en el área, para la realización conjunta de acciones de salud.
- Coordinar la evaluación de los alcances semanales, mensuales y anuales de las actividades realizadas en la unidad.
- Proporcionar información a los niveles superiores sobre las actividades realizadas y sobre los riesgos y daños a la salud de la población del área de influencia, cuando se solicite.
- Vigilar el adecuado mantenimiento y conservación de la planta física de la unidad, fomentando la participación de la comunidad.

Administrador

- Coordinar la elaboración del presupuesto por programa de la unidad y fungir como responsable del gasto presupuestario de la unidad.
- Programar, organizar y controlar las actividades administrativas de la unidad, en colaboración con el director.
- Difundir y hacer cumplir las normas administrativas establecidas, tanto para el personal de la unidad como los usuarios de los servicios.
- Coordinar y controlar las actividades del personal administrativo y de los servicios de almacén, farmacia, intendencia y vigilancia de la unidad.
- Realizar el control administrativo de los recursos humanos, materiales y financieros de la unidad.
- Identificar las necesidades de insumos de la unidad, realizar las requisiciones y gestionar los suministros necesarios para atender la demanda de los diferentes servicios de la unidad oportunamente.
- Identificar las necesidades de adiestramiento y capacitación del personal y participar en la elaboración y realización del programa correspondiente en lo que a su área se refiere.
- Participar en la evaluación de los alcances semanales, mensuales y anuales de las actividades realizadas por la unidad, en lo que a su área se refiere.
- Informar al director de la unidad las actividades administrativas realizadas, con la periodicidad establecida o cuando se solicite.

Encargado del farmacia

- Programar, organizar y controlar las actividades a realizar en el almacén.
- Tener el control de inventarios y de entradas y salidas del almacén, tanto de medicamentos como de los materiales de consumo y equipo.
- Reportar las necesidades de medicamentos, materiales y sustancias con base en los cuadros básicos correspondientes.
- Conservar, alimentar o eliminar los productos biológicos, de acuerdo con las normas establecidas.
- Proveer los recursos que se solicite el personal o los usuarios de la unidad, con la celeridad y oportunidad necesarias.
- Informar a su superior de las solicitudes recibidas y de las actividades realizadas en el servicio, con la periodicidad que se le solicite.
- Promover y vigilar el adecuado mantenimiento y conservación del área asignada al servicio y conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.

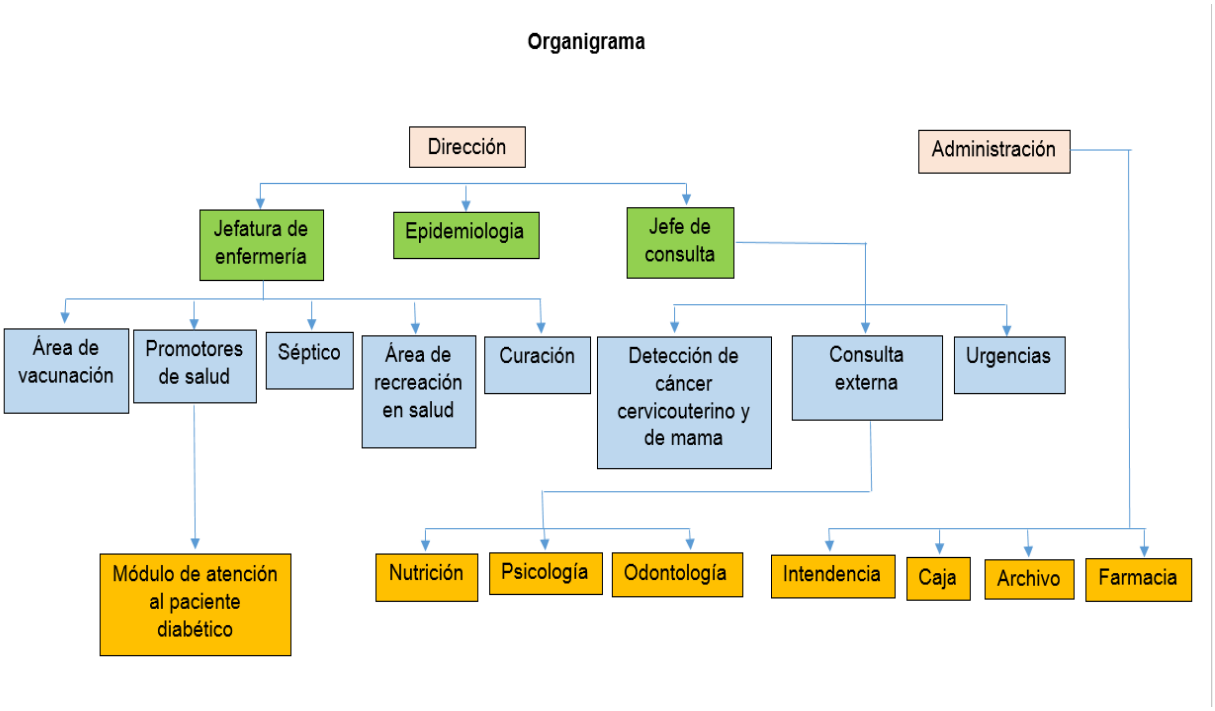
Vigilante

- Vigilar y cuidar el inmueble y el equipo del mismo.
- Promover el adecuado mantenimiento y conservación de la planta física de la unidad.
- Cuidar el orden en las diferentes áreas de la unidad.
- Controlar el acceso de personas y vehículos al inmueble.
- Vigilar la entrada y salida de material y equipo.
- Conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.
- Informar al administrador las anomalías que se presenten en su área y acordar con él, la toma de las medidas correctivas pertinentes.

Intendente

- Mantener en condiciones de limpieza y orden la unidad.
- Realizar el traslado de muebles y objetos pesados.
- Utilizar y verificar el uso correcto de los equipos de limpieza, accesorios y herramientas y conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia.
- Revisar el estado físico de la unidad y sus instalaciones periódicamente, para detectar eventuales daños, descomposturas o faltantes de equipo.

Gráfico No.1.-Organigrama del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución



Fuente: elaboración por parte del equipo de sede del Centro de Salud "Revolución"

Servicios que ofrece la unidad

- Consulta Externa de Atención Médica
- Consulta Externa de Atención Nutricional
- Consulta Externa de Atención Odontológica
- Consulta Externa de Atención Psicológica
- Actividades de enfermería
- Atención al paciente diabético
- Atención al paciente adolescente
- Farmacia
- Vacunación
- Curaciones
- Detección de CaCu y Cáncer de mama
- Promoción a la Salud

III.3.6.-Sistema de Información con los que cuenta la unidad

La unidad de salud no cuenta con el equipo necesario para capturar la información mediante un sistema información, sin embargo dichas actividades se concentran de manera manual en distintos formatos para posteriormente integrarlos a la base de datos de Sistema de Información en Salud (SIS).

El SIS es un mecanismo de recolección, procesamiento, análisis y la transmisión de la información necesaria para organizar y operar los servicios que presentan las unidades médicas.

Área de Influencia de la unidad y población de la responsabilidad

El Centro de Salud Urbano de la colonia Revolución atiende a una población de 53,784 personas divididas en 15 AGEBS, 19 colonias y 529 manzanas.

Características de la demanda de Servicios

El Centro de salud urbano Colonia Revolución dirige sus servicios de salud principalmente a la fracción de la población que no cuenta con seguridad social, es decir personas que no se encuentran en la economía formal y no laboran para ninguna institución pública. Cabe mencionar que en caso de que acuda algún derecho habiente, la unidad tiene la responsabilidad de darle atención de la misma forma.

El servicio que la Unidad brinda incluye alrededor de 240 pacientes diarios, distribuyendo alrededor de un promedio de 16 por cada núcleo básico.

La demanda de servicios de salud de la unidad es más requerida para el tratamiento de enfermedades respiratorias.

III.4.-Marco empírico

Como antecedentes de este trabajo se encontraron dos documentos, el primero corresponde al año 2006 y fue realizado por estudiantes de la Maestría en Salud Publica y el segundo fue elaborado por personal del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución (CSUCR) en el año 2011.

En el primer diagnóstico del 2006 se dice que el centro de salud presta sus servicios a 52,043 personas, con un promedio de 10,408 familias distribuidas en 17 colonias las cuales están agrupadas en 14 Áreas Geográficas estadísticas Básicas (AGEB) que se atienden por 16 núcleos básicos en la unidad médica, para el año 2011 la cantidad de colonias que se atienden aumento a 19 distribuidas en 15 AGEB y se calcula una población total de 53, 784 personas, según el diagnóstico de ese año.

Para la obtención de información se realizaron diferentes métodos en cada uno de los diagnósticos, en el realizado por el centro de salud se obtuvieron los resultados de las cédulas del total de núcleos de la población global del área de influencia del C. S. U. Col. Revolución, en todos los rangos de edad, los cuales dieron el total de 53, 784, población de la cual se menciona que corresponde a 27, 426 mujeres, el 50.99% de la población total, y 26, 358 hombres, los cuales equivalen al 49% de la población.

Para el diagnóstico realizado por alumnos de la Maestría en Salud Pública se menciona que la población total se obtuvo del Estudio de Regionalización Operativa (ERO, 2003). Para la muestra estudiada se determinó su tamaño en al número de familias en relación con el total de habitantes del área de influencia de la unidad médica que corresponde a 10,408 familias aproximadamente, la muestra fue tomada a través de muestreo aleatorio por conglomerado por AGEB y se consideró únicamente a personas mayores de 18 años de edad para aplicar el cuestionario.

El diagnostico de salud del 2006 nos mostró una distribución de las familias por composición familiar del centro de salud, donde predomino la familia nuclear con 59.3% de las familias totales, en segundo lugar se encontró la familia extensa con 29.1%, en tercer lugar la familia monoparentental con el 8.4%, en cuarto y quinto lugar la unipersonal y no familiar con el 3.0% y 0.2% respectivamente.

Para 2011 según el diagnóstico realizado por el personal del centro de salud clasifico la composición familiar en tres categorías: familia nuclear, familia extensa y familia extensa compuesta con el 87%, 12% y 1% respectivamente.

Con respecto a la escolaridad de la población encuestada y de acuerdo al análisis que se hizo en el diagnóstico del 2006, se encontró que el 93% de la población es alfabeta, y del 7% restante de la población encuestada se obtuvo que el 67% de analfabetas ser mujeres (57) y el 33% corresponde a hombres (8). De población alfabeta se obtuvo que el 4% tuvo acceso a la educación preescolar, 44% acudió a la educación primaria, 27% se encontraba estudiando la secundaria, el 15% preparatoria y el 8% se encontraba cursando estudios universitarios, el 1% restante se encontraba estudiando carrera técnica.

Para el 2011 del diagnóstico del centro de salud nos indicó que el grado de escolaridad de la población que es de 53, 784 habitantes el 8.83% cuenta con estudios a nivel profesional, 19.89% cursaron educación media superior, y asistiendo a la escuela secundaria un total de 12, 660 jóvenes que representan el 23.54%, destacando sobre los anteriores porcentajes aquellos que cursaron la primaria (19,669 habitantes equivalentes a 36.57%).

En cuanto a las características de vivienda de la población, de acuerdo al diagnóstico del 2006 nos dice que el 82.4% de la población contaba con casa propia y el 17.6% se clasifico en otros. Y de este total de familias se obtuvo que el 57.4% contaba con una vivienda adecuada definida esta como una vivienda construida con techo de concreto paredes de tabique/ block y piso de cemento, espacio habitable (no hacinamiento), servicios básicos (agua entubada, electricidad, drenaje conectado a la red pública, baño de uso exclusivo para la familia, cuarto exclusivo para cocinar, y gas para cocinar) el resto de las familias encuestadas (42.6%) contaba con una vivienda inadecuada la cual es una vivienda construida con la mismas variables antes descritas pero que carece de uno o varios de elementos descritos anteriormente.

Los datos del diagnóstico del 2011 fueron tomados de INEGI (2010), en donde nos indica que la mayor parte de la población contaba con viviendas construidas con paredes en block/ tabique, techos de concreto y piso de cemento, de estas el 93.87% contaba con agua entubada, el 97.5% tenía energía eléctrica dentro de la vivienda, el 91.30% utilizaba gas para cocinar, el resto utilizaba leña y carbón, 75% de las viviendas contaba con drenaje y para disposición de basura se obtuvo que 12,800 viviendas tiene acceso a la red municipal de limpia pública.

En el diagnóstico de 2006 menciona en las diez principales causas de enfermedad en el centro de salud del 2003 al 2004:

Tabla No.1.-Diez principales motivos de consulta en el Centro de Salud de enero a diciembre de 2004, según Diagnóstico de Salud 2006.

1.- Infecciones respiratorias agudas.
2.- Ascariasis.
3.- Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas.
4.- Infección de vías urinarias.
5.- Úlceras, gastritis y duodenitis.
6.- Desnutrición leve.
7.- Amibiasis.
8.- Mordeduras de perro.
9.- Otitis media aguda.
10.- Candidiasis urogenital.

Fuente: Diagnóstico 2006 elaborado por alumnos de la maestría en Salud Pública Generación 2005-2007.

Morbilidad. De los 1774 habitantes que conforman la muestra solo el 14% refirió haber cursado alguna de las anteriores patologías, siendo las más altas tasas de morbilidad por infección respiratoria aguda con un 81.28%, después con 10.64% por otras causas y con 2.55% varicela.

Tabla No.2.-Diez principales motivos de consulta en el Centro de Salud de enero a diciembre de 2011, según Diagnóstico de Salud 2011.

1.- Infecciones respiratorias agudas.
2.- Infecciones en vías urinarias.
3.- Infecciones intestinales por otros organismos.
4.- Úlceras, gastritis y duodenitis.
5.- Conjuntivitis.
6.- Otitis media aguda.
7.- Mordedura de perro.
8.- Diabetes mellitus no insulinodependiente
9.- Paratifoidea y otras salmonelosis.
10.- Candidiasis urogenital.

Fuente: Diagnóstico 2011 elaborado por personal médico del Centro de Salud “Revolución”.

Para este diagnóstico solo retomaron datos que contemplan la frecuencia absoluta (FA) para cada una de las anteriores enfermedades. Siendo la más alta FA las infecciones respiratorias agudas con 1735, con infecciones de vías urinaria 407 y con 327 enfermedades asociadas a enfermedades por infecciones respiratorias.

Tabla No. 3-Diez principales causas de mortalidad en el Municipio de Xalapa, Ver. de enero a diciembre de 2004.

1.-Enfermedades del corazón
2.-Tumores malignos
3.-Diabetes mellitus
4.-Enfermedades del hígado
5.-Influenza y neumonía
6.-Accidentes
7.-Enfermedades cerebrovasculares
8.-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
9.-Insuficiencia renal
10.-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalía cromosómicas

Fuente: Diagnóstico 2006 elaborado por alumnos de la maestría en Salud Pública Generación 2005-2007.

Mortalidad. De acuerdo a los cuestionarios aplicados en el 2005 se tuvo que la principal tasa de mortalidad de la población con 62.4% fueron las enfermedades del corazón, a ella le siguen los tumores malignos con un 59% y diabetes mellitus con 43.9%.

En el diagnóstico de 2011 no específica si las enfermedades de mortalidad que describe pertenecen al Centro de Salud o al municipio de Xalapa ya que solo se menciona como referencia el Departamento de Informática y Estadística Jurisdicción Xalapa, las enfermedades descritas son las siguientes:

Tabla 4.-Diez principales causas de mortalidad en el Municipio de Xalapa de enero a diciembre de 2011.

1.-Diabetes mellitus
2.-Enfermedades isquémicas del corazón
3.-Enfermedades cerebrovasculares
4.-Cirrosis y otras enfermedades del hígado
5.-Nefritis y nefrosis
6.-Enfermedad hipertensiva
7.-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
8.-VIH-SIDA
9.-Uso del alcohol
10.-Tumor maligno de hígado

Fuente: Diagnóstico 2011 elaborado por personal médico del Centro de Salud “Revolución”.

En este diagnóstico solo retomaron datos de defunciones que destacan y contemplan la frecuencia absoluta (FA) para cada una de las enfermedades que causaron muerte en esta población. Siendo la más alta FA la Diabetes mellitus con 398, a ella le siguen enfermedad isquémica del corazón con 177 y enfermedad cerebro vascular con 165.

IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El marco de referencia de cualquier sociedad está determinado por diversos factores que la rodean y que a su vez lo condicionan. El ambiente le otorga significados simbólicos que le propician elementos sociales, económicos, políticos y culturales que determinan su comportamiento en salud. La materialización y efectos para el condicionamiento en salud recaen en la sociedad civil organizada, las instituciones, el diseño estructural y su modelo de organización, así mismo, la institucionalización y estructura de proveedores de salud se compone de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución que se interrelacionan para complementar la red del sector público de la Secretaría de Salud. [5y6]

El Centro de Salud Urbano es uno de los componentes dentro de la estructura del Modelo Integrador de Atención a la Salud que se compone de el establecimiento de atención médica que provee servicios generales de atención clínica básica y servicios básicos de salud a la comunidad basado en un modelo integrador para la atención a la salud, estos servicios son los de:

- Promoción de la salud,
- Saneamiento ambiental,
- Detección y control de riesgos, y
- Diagnóstico temprano, manejo y tratamiento de enfermedades. [5y6]

Sin embargo, estos servicios carecen de efectividad, pues la atención prestada por el Centro de Salud atiende desde una perspectiva curativa y menos preventiva y predictiva dada la carga de trabajo y la insuficiencia de infraestructura con la que cuenta.

En lo que se refiere a la **promoción a la salud**, encontramos que no cuenta con sistemas de información que midan la efectividad, mediante retroalimentación, de sus acciones de promoción a la salud, como es el caso de las pláticas que brindan el personal promotor por personal de contratos precarios, de la Secretaría de Salud.

En lo que se refiere al **saneamiento ambiental** la unidad no cuenta con un programa de trabajo que involucre la coordinación con las autoridades de los distintos niveles de gobierno para dar respuesta a satisfacer las necesidades que se perciben como apremiantes en la planeación de los servicios básicos del área de influencia del centro de salud.

La **detección y control de riesgos** en la colonia carece de planeación que identifique factores de riesgo en su zona de responsabilidad que se manifieste por la participación activa de la población de responsabilidad del Centro de Salud en comento.

En cuanto al **diagnóstico temprano de enfermedades** del centro de salud, observamos que en el diagnóstico de salud elaborado en el año 2011, el reporte de casos encontrados de diabetes mellitus tipo II es de 58 casos, encontrándose en el lugar número 8 del motivo de consulta, no se especifica si estos casos de diabetes son detectados por primera vez o subsecuentes. Sin embargo, en el número de defunciones del mismo año, se reporta como primera causa de muerte, lo que nos indica que no se están detectando oportunamente los casos y que los que están identificados no están controlados.

Hallamos inconsistencias entre lo normativo y lo ejecutor al encontrar que la infraestructura del Centro de Salud Urbano "Revolución" no reúne las características establecidas por el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) para operar de acuerdo al modelo establecido en la normatividad.[5y6]

V.-JUSTIFICACIÓN

Con base en lo anterior, el presente trabajo busca no sólo conocer la situación de salud de la población atendida por el Centro de Salud Urbano Revolución, sino también por la necesidad de actualizar y profundizar en los datos recabados en diagnósticos anteriores y ayudar en la implementación de acciones que favorezcan los servicios y la atención dada por la institución de salud.

VI.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la situación de salud de la población atendida por el Centro de Salud Urbano Colonia Revolución?

VII.-OBJETIVO

VII.1.-Objetivo general

Conocer la situación de salud de la población atendida por el Centro de Salud Urbano Revolución.

VII.2.-Objetivos específicos

- Priorizar los daños a la salud de la población estudiada.
- Analizar la relación existente entre los daños a la salud priorizados y sus factores de riesgo.
- Proponer alternativas de solución a los problemas priorizados de salud.

VIII.-METODOLOGÍA

VIII.1.-Diseño

Estudio cuantitativo, transversal descriptivo.

VIII.2.-Universo

Para el universo del estudio se consideró a los 40, 439 habitantes, que son la población de responsabilidad que atiende el Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, distribuidos entre los 15 núcleos básicos que proporcionan servicios de salud a 15 AGEB en las 19 colonias.

VIII.3.-Selección y tamaño de muestra

Para la selección de la muestra se tomó como base la población total del área de responsabilidad del centro de salud que comprende del periodo 2012, obtenida del Estudio de Regionalización Operativa (ERO).

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que para obtener una meta de número de viviendas encuestadas se utilizó la siguiente formula:

$$N=z^2 P (1-P) /d^2$$

En donde:

Z^2= nivel de confianza (1.96)

P= proporción (previa estimación)

d=precisión (0.05)

Con respecto a la anterior formula se empleó la prevalencia de alcoholismo de (12.8%).[7] Donde se manejó un grado de confianza del 95%, con un margen de error del 5% por lo tanto el cálculo del tamaño de la muestra fue de la siguiente manera:

Datos:

Z^2= 1.96

P= 12.8%

d= 0.05

$$N= (1.96)^2 \ 0.128 (1- 0.128) / 0.05^2$$

N= 162

En relación al anterior cálculo se obtuvo una muestra de 162 viviendas a encuestar. Cabe mencionar que se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, para optimizar el tiempo de recolección de datos, de tal manera que toda aquella población que acudía para recibir alguna atención medica durante la jornada matutina al centro de salud, se incluyó para ser encuestada.

VIII.4.-Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Para la obtención de la información se utilizó una fuente de datos primarios, que son aquellos donde el investigador recoge directamente la información. Por lo que para fines de este estudio se empleó un instrumento, como el cuestionario para tener un panorama general de la población de responsabilidad del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución que pertenece a la jurisdicción número 5 que se encuentra en el municipio de Xalapa Veracruz.

Dicho cuestionario consta de los siguientes apartados:

- Hoja de registro
- Usos de servicios de salud
- Características demográficas
- Daños a la salud
- Características de la vivienda
- Información de la persona entrevistada

Este cuestionario consta de 6 apartados, con un total de 133 preguntas representativas para obtener información con respecto a los factores de riesgo bilógicos y sociales.

Para la estructuración del cuestionario se realizó una serie de etapas, que partió de la priorización de daños del municipio de Xalapa Ver., tomando en cuenta fuentes de datos secundarios (SUIVE, CUBO del sistema epidemiológico estadístico de las defunciones 2012) donde se obtuvieron las 3 principales causas de morbilidad y mortalidad:

Tabla No.5.-Causas principales de morbilidad en el Municipio de Xalapa, Ver. en el año 2012.

Clave CIE 10a Rev.	Causa	Tasa de Morbilidad	Tasa de Mortalidad	Priorización
J00 – J06; J20 – J22	Infecciones respiratorias agudas	16,303.63	15.07	245,696
I10	Hipertensión arterial	1,119.75	28.73	32,170
A08;A09	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4,629.23	1.41	6,527

* Por cada 100, 000 habitantes

Fuente: (Elaboración propia) Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2012.

Tabla No. 6.-Causas principales de mortalidad en el Municipio de Xalapa, Ver. en el año 2012.

Clave CIE 10a Rev	**Causa**	**TMC**	**AVPP**	**REM**	**Priorización**
E10 – E14	Diabetes mellitus 2	111	4350	18	8,578,013
K70 – K71;K74	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	33	2200	27	1, 959, 561
B20 – B24	VIH/SIDA	8	1157	36	356, 352

* Por cada 100, 000 habitantes
TMC: Tasa de Mortalidad por Causa; AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos; REM: Razón Estandarizada de Mortalidad.

Fuente: (Elaboración Propia del cuadro) Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2012.

Posteriormente se realizaron las variables conceptuales y operacionales **(ANEXO No. 1)** en razón de los daños de salud obtenidos y una vez construidas se pudo realizar la formulación de las preguntas que responderían a las anteriores, integrándose así a los apartados del cuestionario, para que después fuera sometido ante un revisión exhaustiva bajo la coordinación de un investigador de la Maestría de Salud Pública.

Y para su validación se realizó una prueba piloto. La prueba piloto o sondeo es una aplicación experimental del cuestionario, que es lo más cercano a la encuesta real, pero solo se aplica un grupo pequeño, donde se busca que a los sujetos que se les aplica tengan la misma distribución de características relevantes para el estudio; ya que se busca comprobar si el cuestionario satisface los objetivos del estudio o en contraparte si hay imprecisiones y defectos del mismo que se puedan identificar antes de su aplicación a la población del estudio.[8] Por lo que la prueba piloto se realizó un fin de semana (19 y 20 de octubre del 2013), siendo un total de

10 cuestionarios aplicados en diferentes lugares con población similar a la que acude al centro de salud. Como resultado de la prueba se tuvo que adecuar y modificar algunas preguntas en los diferentes apartados, siendo los más corregidos: el uso de los servicios de salud e información de la persona entrevistada.

Posteriormente este cuestionario fue aplicado a la población a través de la técnica de la encuesta que se encuentra dentro de un grupo de técnicas cuantitativas, que se basan en la acción de aplicar un cuestionario para la obtención de información, es decir las encuestas son el soporte de comunicación con la población del estudio.

Por lo tanto los cuestionarios se aplicaron en los 3 días (23, 29 y 30 de octubre del 2013) previstos para la práctica de sede, durante la jornada matutina que ofrece el centro de salud, siendo incluida toda aquella persona que fuera por una atención médica y que aceptara participar en este estudio.

Personal para el levantamiento de información

Se contó con la participación de los 5 integrantes del equipo en coordinación de los dos asesores internos del Instituto de Salud Pública.

VIII.5.-Procesamiento y análisis de la información

Los cuestionarios se foliaron para optimizar y tener un buen control para la captura de los datos, en un principio se construyó una base en el programa Microsoft Excel (versión 2010), sin embargo se decidió que la base (que no estaba capturada), la exportáramos en el programa de IBM SPSS Statistics (versión 22), donde se terminó de codificar las variables, esta decisión se basó en razón de facilitar el análisis de las variables, así mismo se utilizó el programa Epidat (versión 3.0). Cabe mencionar que para la captura de los datos, la realizaron 3 integrantes del equipo con la finalidad de tener mayor confiabilidad, no obstante fue en un periodo aproximado de 3 días.

Para el análisis de los datos y por tanto de las variables a evaluar de los factores biológicos y sociales se medirán de acuerdo a los indicadores establecidos.

IX.-RESULTADOS

IX.1.-Localización geográfica y área de influencia

El Centro de Salud Urbano “Colonia Revolución”, se encuentra ubicado en la calle de Valentín Canalizo s/n, en la zona norte de la ciudad de Xalapa, Veracruz; depende directamente de la Jurisdicción Sanitaria No. V-Xalapa, de los Servicios de Salud de Veracruz.

Para conocimiento del estudio un área de influencia es la zona geográfica donde los residentes de la periferia se concentran en un punto central de interés. Para el caso de este estudio el área de influencia se mide por las frecuencias en las que los residentes de la periferia acuden al Centro de Salud Urbano Col. Revolución para aprovechar los servicios que este centro ofrece.

Tabla No. 7.- Colonias del área de influencia del Centro de Salud “Revolución” Xalapa, Ver.

Nombre de la colonia	Número de AGEP
1.-Col. Revolución	118-1
2.-Col. El Moral	118-1
3.-Col. México	119-6
4.-Col. Sostenes M. Blanco	119-6
5.-Col. El Naranjal	120-9
6.-Col. Tabasco	121-3
7.-Col. Rafael Lucio	122-8
8.-Col. La Lagunilla	123-2
9.-Col. 21 de Marzo	154-8
10.-Col. Rubén Pabello	155-2
11.-Col. Lucas Martin	156-7
12.-Col. José Vasconcelos	157-1
13.-Col. Culturas Mexicanas	158-6
14.-Col. Lomas de Sedeño	159-0
15.-Col. Campo de Tiro	198-0
16.-Col. Los Prados	199-5
17.-Col. Portón Colorado	199-5
18.-Col. Carolino Anaya	029-1
19.-Col. Periodista	029-1

Fuente: Diagnóstico 2011 elaborado por personal médico del Centro de Salud “Revolución”.

IX.2.-Características demográficas

La población de responsabilidad en 2013 del Centro de Salud Urbano Col. Revolución según el Estudio de Regionalización Operativa (ERO) corresponde a 61,388 habitantes, de los cuales 20, 949 habitantes son población que cuenta con algún tipo de seguridad social y los 40, 439 restantes corresponden a la población que no cuenta con algún tipo de seguridad social, esta última es la población a la cual se dirigen principalmente los servicios de este centro de salud.

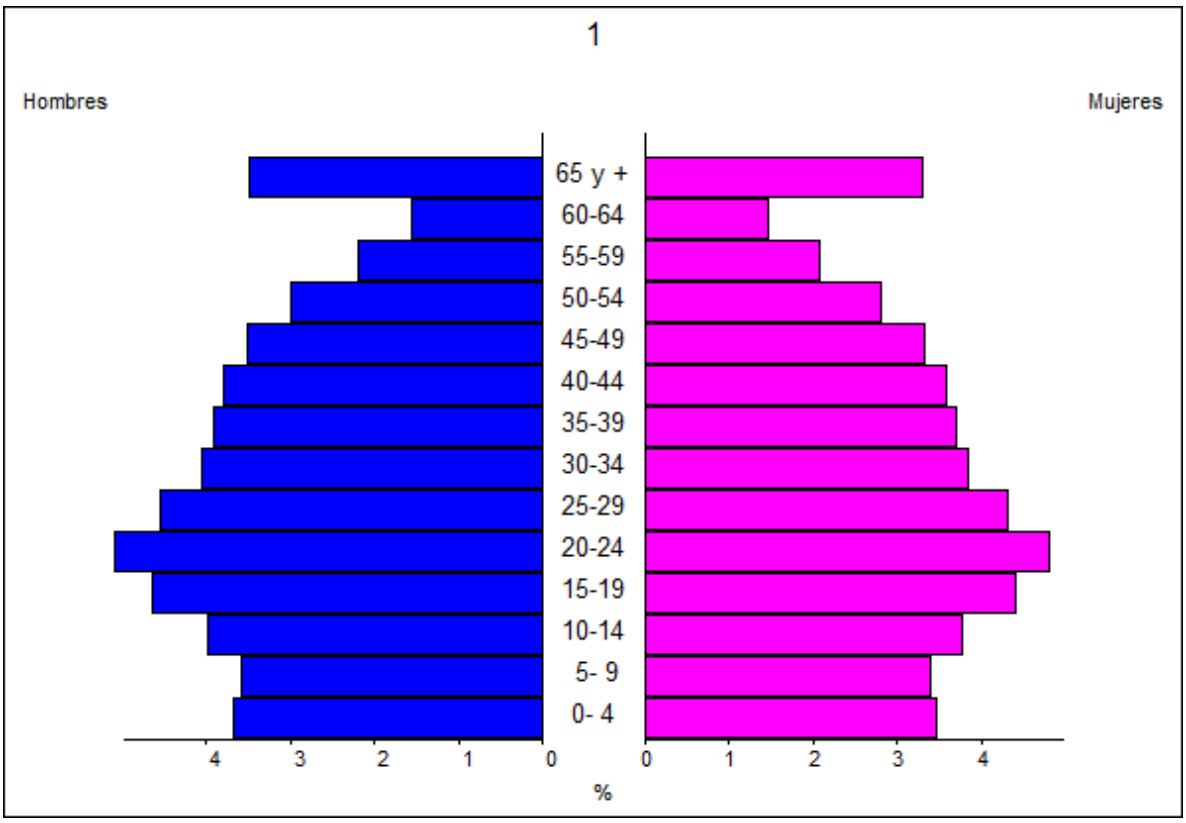
A continuación se presenta la distribución de la población del municipio de Xalapa por edad y grupos quinquenales.

Tabla No. 8.-Población por edad, sexo y grupos quinquenales del municipio de Xalapa en 2012.

Grupos Etarios	Total	Mujeres	Hombres
0 - 4 años	30,563	15,654	14,909
5 - 9 años	29,786	15,256	14,530
10 - 14 años	33,217	17,014	16,203
15 - 19 años	38,652	19,798	18,854
20 - 24 años	42,256	21,644	20,612
25 - 29 años	37,862	19,393	18,469
30 - 34 años	33,668	17,245	16,423
35 - 39 años	32,564	16,679	15,885
40 - 44 años	31,572	16,171	15,401
45 - 49 años	29,218	14,965	14,253
50 - 54 años	24,828	12,717	12,111
55 - 59 años	18,353	9,400	8,953
60 - 64 años	13,025	6,671	6,354
65 y más años	28,972	14,839	14,133

Fuente: INEGI. Estadísticas vitales 2012.

Gráfico No. 2.-Pirámide poblacional del municipio de Xalapa en 2013



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud "Revolución"; noviembre de 2013.

A continuación se describe de acuerdo a lo encontrado en cuanto a la distribución de la población de algunos indicadores demográficos de relevancia.

Índice de Masculinidad: Por cada 100 mujeres hay 104 hombres.

Friz: Menor de 160, la población es madura.

Envejecimiento: Por cada 100 personas mayores de 15 años hay 31 personas mayores de 65 años.

Dependencia: Por cada 100 personas ocupadas, hay 40 personas que dependen de ellas.

Estructura de población activa: Por cada 100 personas 63 están en edad de trabajar.

Reemplazamiento de la población activa: Por cada 100 personas que van a entrar a edad laboral, 33 van a salir de ella.

Número de hijos por mujer fecunda: Por cada 100 mujeres en edad fecunda hay 25 niños.

Tasa general de fecundidad: Por cada 100 mujeres fecundas hay 5 nacimientos.

Edad media: 31 años

Edad mediana: 29 años

IX.3.-Daños a la salud

IX.3.1.-Morbilidad

Definida como el número de casos en un tiempo, espacio o población expuesta dada. A continuación se muestra la tabla de morbilidad en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución en 2012, donde se especifica la enfermedad, el número de casos en ese año y la tasa.

Tabla No.9.-Diez principales motivos de consulta en el Centro de Salud "Revolución" en el año 2012.

Diagnóstico	Casos	Tasa*
1.-Infecciones respiratorias agudas	1,680	395.7
2.-Gingivitis y enfermedades periodontales	326	76.7
3.-Infección de vías urinarias	251	59.1
4.-Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	188	51.6
5.-Úlceras, gastritis y duodenitis	139	32.7
6.-Varicela	92	21.6
7.-Conjuntivitis	85	20.0
8.-Mordeduras por perro	61	14.3
9.-Violencia intrafamiliar	49	11.5
10.-Otitis media aguda	39	9.1

* Por cada 100,000 habitantes.

Fuente: SUIVE/ UIES 2012

IX.3.2.-Mortalidad

Es el volumen de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad, en todos los grupos de edad y para ambos sexos.

En el año 2012 en el municipio de Xalapa acontecieron 2,531 defunciones. A continuación se muestran las 10 principales causas de defunción de este municipio.

Tabla No.10.-Diez principales causas de mortalidad en el Municipio de Xalapa en el año 2011.

Causas	No. de defunciones
1.-Diabetes mellitus	473
2.-Enfermedades isquémicas del corazón	156
3.-Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	142
4.-Enfermedad cerebrovascular	129
5.-enfermedad pulmonar obstructiva crónica	91
6.-Enfermedades hipertensivas	66
7.-Infecciones respiratorias agudas bajas	63
8.-Nefritis y nefrosis	63
9.-VIH/SIDA	36
10.-Tumor maligno de la mama	36

Fuente: SEED 2012.

IX.3.3.-Priorización de daños a la salud

Tomando como referencia las 10 causas de defunción de principal interés para salud publica en el municipio de Xalapa, divididos en 5 enfermedades agudas y 5 crónicas con las cuales se realiza la priorización de daños.

Para priorizar daños se requiere una medida de la magnitud y de la trascendencia del daño a la salud que queremos priorizar.

Para calcular su magnitud requerimos obtener la tasa de mortalidad por causa del daño de interés como se muestra a continuación:

Tabla No. 11.-Mortalidad por causa de enfermedades isquémicas del corazón para el cálculo del criterio de magnitud, en el Municipio de Xalapa, Ver. de enero a diciembre de 2012.

Grupo de Edad Quinquenal	Población	Defunciones
0 a 4 años	30,563	0
5 a 9 años	29,786	0
10 a 14 años	33,217	0
15 a 19 años	38,652	0
20 a 24 años	42,256	0
25 a 29 años	37,862	0
30 a 34 años	33,668	1
35 a 39 años	32,564	2
40 a 44 años	31,572	3
45 a 49 años	29,218	2
50 a 54 años	24,828	7
55 a 59 años	18,353	8
60 a 64 años	13,025	9
65 años y mas	28,972	124
Total	424,536	156

Tasa de mortalidad x causa
TMC= Defunciones/Pob. Total *100000
TMC= 156/424536 * 100000
TMC= 37

Fuente: SEED 2012.

La tasa de mortalidad por causa, nos da una idea de la magnitud del daño, para determinar la trascendencia se hace el cálculo de los años de vida potencialmente perdidos, dicho de otra manera, el número de años que la población pudo vivir de no haber fallecido por la enfermedad. Para este cálculo tomamos la esperanza de vida del municipio de Xalapa en 74 años.

Tabla No. 12.-Tabla de mortalidad por causa de enfermedades isquémicas del corazón para el cálculo del criterio de trascendencia, en el Municipio de Xalapa, Ver. de enero a diciembre de 2012.

Grupos Etarios	Defunciones	PMI	EV-PMI	D*(EV-PMI)
0 a 4 años	0	2.5	71.5	0
5 a 9 años	0	7.5	66.5	0
10 a 14 años	0	12.5	61.5	0
15 a 19 años	0	17.5	56.5	0
20 a 24 años	0	22.5	51.5	0
25 a 29 años	0	27.5	46.5	0
30 a 34 años	1	32.5	41.5	41.5
35 a 39 años	2	37.5	36.5	73
40 a 44 años	3	42.5	31.5	94.5
45 a 49 años	2	47.5	26.5	53
50 a 54 años	7	52.5	21.5	150.5
55 a 59 años	8	57.5	16.5	132
60 a 64 años	9	62.5	11.5	103.5
65 años y mas	124	69.79	4.21	522.04
Total de Años de Vida potencialmente perdidos				1170.04

EV: Esperanza de vida 74 años
PMI: Punto medio de Intervalo

Fuente: SEED 2012.

Posteriormente al cálculo de años de vida potencialmente perdidos se calcula la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) a partir de los datos que tenemos de nuestra población de estudio y utilizando la población del Estado de Nuevo León en el año 2012 como referencia de tasa de mortalidad, como se muestra a continuación.

Tabla No. 13.-Cálculo de la Razón Estandarizada de Mortalidad por causa de enfermedades isquémicas del corazón, para el Municipio de Xalapa, Ver. en relación a la población del Estado de Nuevo León en el año 2012 para ambas poblaciones.

Calculo de REM	Población de Referencia			Población de Estudio			
Grupo de Edad Quinquenal	Defunciones	Población	Tasa	Población	Muertes E.	Muertes O.	REM
0 a 4 años	0	612788	0	30563	0	0	0
5 a 9 años	0	633294	0	29786	0	0	0
10 a 14 años	0	713825	0	33217	0	0	0
15 a 19 años	19	694809	2.73	38652	1	0	0
20 a 24 años	19	641069	2.96	42256	1	0	0
25 a 29 años	20	571170	3.50	37862	1	0	0
30 a 34 años	39	523126	7.46	33668	3	1	0.33333333
35 a 39 años	51	512067	9.96	32564	3	2	0.66666667
40 a 44 años	82	494402	16.59	31572	5	3	0.6
45 a 49 años	119	452344	26.31	29218	8	2	0.25
50 a 54 años	176	388111	45.35	24828	11	7	0.63636324
55 a 59 años	260	312640	83.16	18353	15	8	0.53333333
60 a 64 años	333	245307	135.75	13025	18	9	0.5
65 años y mas	3763	528539	711.96	28972	206	124	0.60194175
Total	4881	7323491		424536	273	156	**4.1216383**

Fuente: SEED 2012.

De esta forma obtenemos el valor de REM a partir de la razón de las muertes observadas en la población del Municipio de Xalapa, Ver entre las muertes esperadas con respecto a la población del Estado de Nuevo León en 2012. Una vez que tenemos la medida de magnitud (tasa de mortalidad por causa), la medida de trascendencia (años de vida potencialmente perdidos) y el valor de REM (a partir de la comparación de la población de estudio con otra usada de referencia), se realiza el cálculo de priorización.

Tabla No. 14.-Cálculo de priorización de daños a la salud con respecto a las enfermedades isquémicas del corazón.

	TMC	AVPP	REM	PRIORIZACIÓN
E.I.C.	37	1170.04	4.1216383	**178431.822**

Fuente: Cálculo por parte del equipo del Centro de Salud Urbano "Revolución"

El valor de la priorización sirve para ser contrastado con otros de los demás daños de la salud a priorizar para determinar el más prioritario, para las 10 enfermedades crónicas y agudas de interés para el estudio, su priorización resulta de la siguiente forma.

Tabla No. 15.-Tabla de 10 enfermedades priorizadas del Municipio de Xalapa, Ver.

Causa	TMC*	AVPP	REM	Priorización
1.-Diabetes Mellitus	111.41	4350	17.70	8,578,012.95
2.-Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado	33.44	2200.5	26.63	1,959,561.09
3.-VIH-SIDA	8.48	1157.01	36.32	356,351.68
4.-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	19.55	585	3.32	37,970
5.-Enfermedad Cerebrovascular	30.38612	1100.32	1.06	35,440.52
6.-Enf. Isquémica del corazón	36.7	1167	0.44	18,845
7.-Enfermedades respiratorias agudas bajas	14.83973	926.86	0.86	11,828.74
8.-Enfermedades infecciosas intestinales	1.413308	65.03	0.71	65.25
9.-Hepatitis B	0.7	118	0.75	62
10.-Tuberculosis	0.011	173.26	9.37	17.8579082

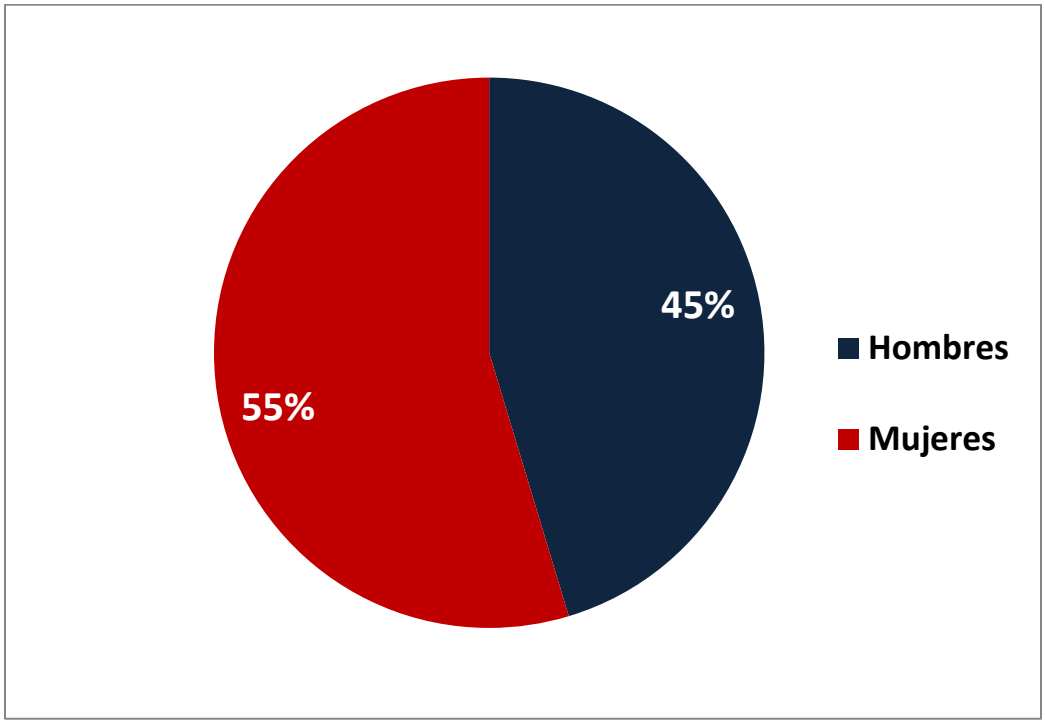
Fuente: Cálculo por parte del equipo del Centro de Salud Urbano "Revolución" y equipos de otros Centros de Salud de primer nivel en el Municipio de Xalapa, Ver. que hicieron el cálculo con otras enfermedades.

De acuerdo al cálculo anterior en la tabla No. 14 podemos observar los daños a la salud ordenados con base al cálculo de priorización en salud en el municipio de Xalapa en el año 2012., esta prioridad están ordenadas con respecto al daño que producen a la salud en la comunidad.

En esta tabla podemos ver el que el daño prioritario a la salud en el municipio de Xalapa en el cual hay que trabajar es Diabetes Mellitus, seguido de Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y así sucesivamente, tenemos los daños a los cuales las acciones del centro de salud deben estar principalmente dirigidas.

Se obtuvo un total de 109 encuestas aplicadas a la población de responsabilidad del centro de salud representando a igual número de familias con un total de 503 individuos, de los cuales 228 son hombres y 275 mujeres.

Gráfico No.3.-Porcentaje de población de acuerdo al sexo, del área de responsabilidad del Centro de Salud Urbano "Revolución"

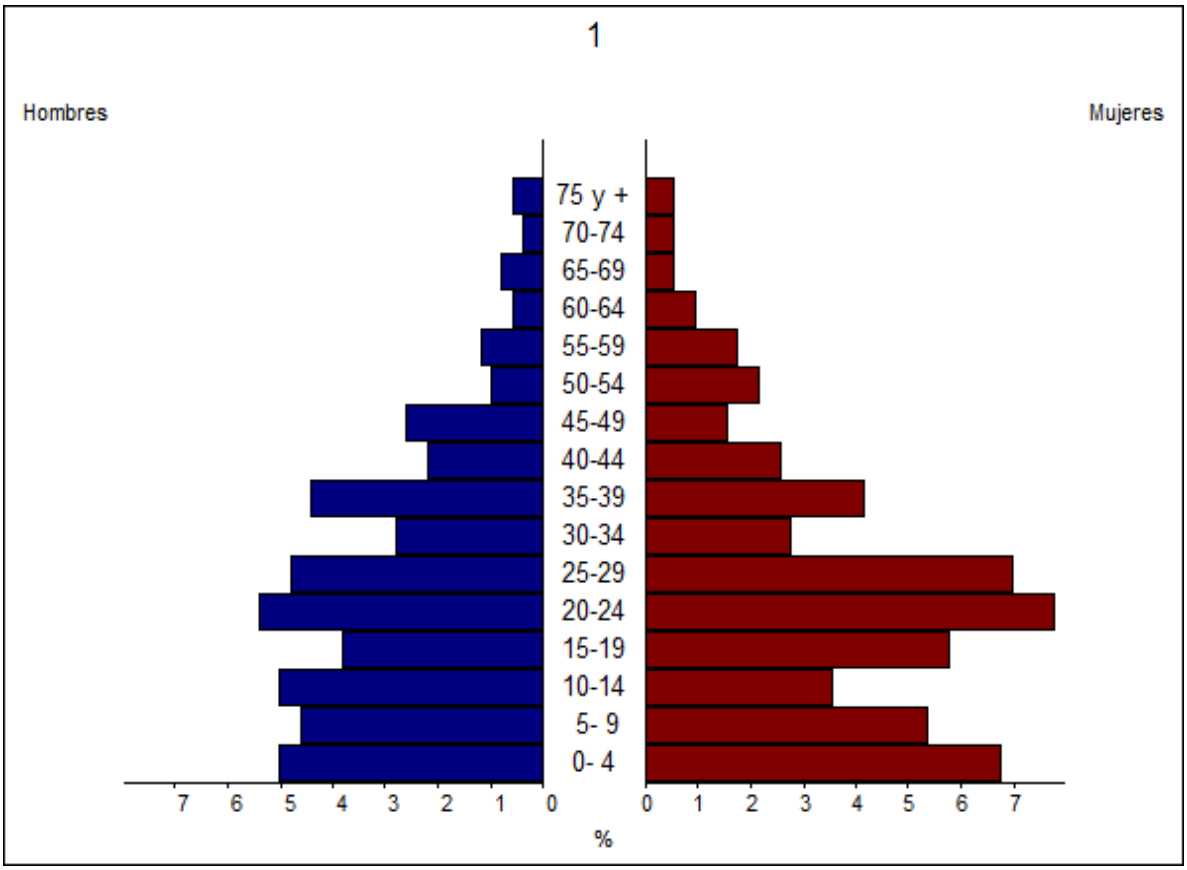


Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

La siguiente pirámide poblacional representa la población de responsabilidad encuestada del centro de salud, que tiene una tendencia progresiva, que es propia de los países del tercer mundo, se observa una proporción mayor del sexo femenino con respecto al sexo masculino, sobre todo en los grupos quinquenales

de los 20 a 24 años, donde el índice de masculinidad se tiene que por cada 71 hombres hay 100 mujeres, el índice de friz (172) se refiere a la edad de la población, en este caso el valor obtenido nos dice que hay una población joven. En cuanto al envejecimiento de la población se obtuvo que por cada 100 menores de 15 años hay 11 personas mayores de 65 años de edad, de la población total encuestada también se obtuvo que de cada 100 habitantes existen 34 personas que se encuentran en edad para trabajar y por cada 100 personas que se encuentran trabajando 52 personas dependen de ellos, y por cada 100 personas en edad de trabajar hay 17 personas que van a remplazar. En la población de mujeres con edad fértil por cada 100 mujeres hay 37 hijos. La tasa de fecundidad en la población nos dice que por cada 100 en edad fértil hay 8 nacimientos. La edad promedio de la población es de 26 y el 50% son menores de 24 años.

Gráfico No. 4.-Estructura demográfica. Centro de Salud Urbano Colonia Revolución por grupos quinquenales.

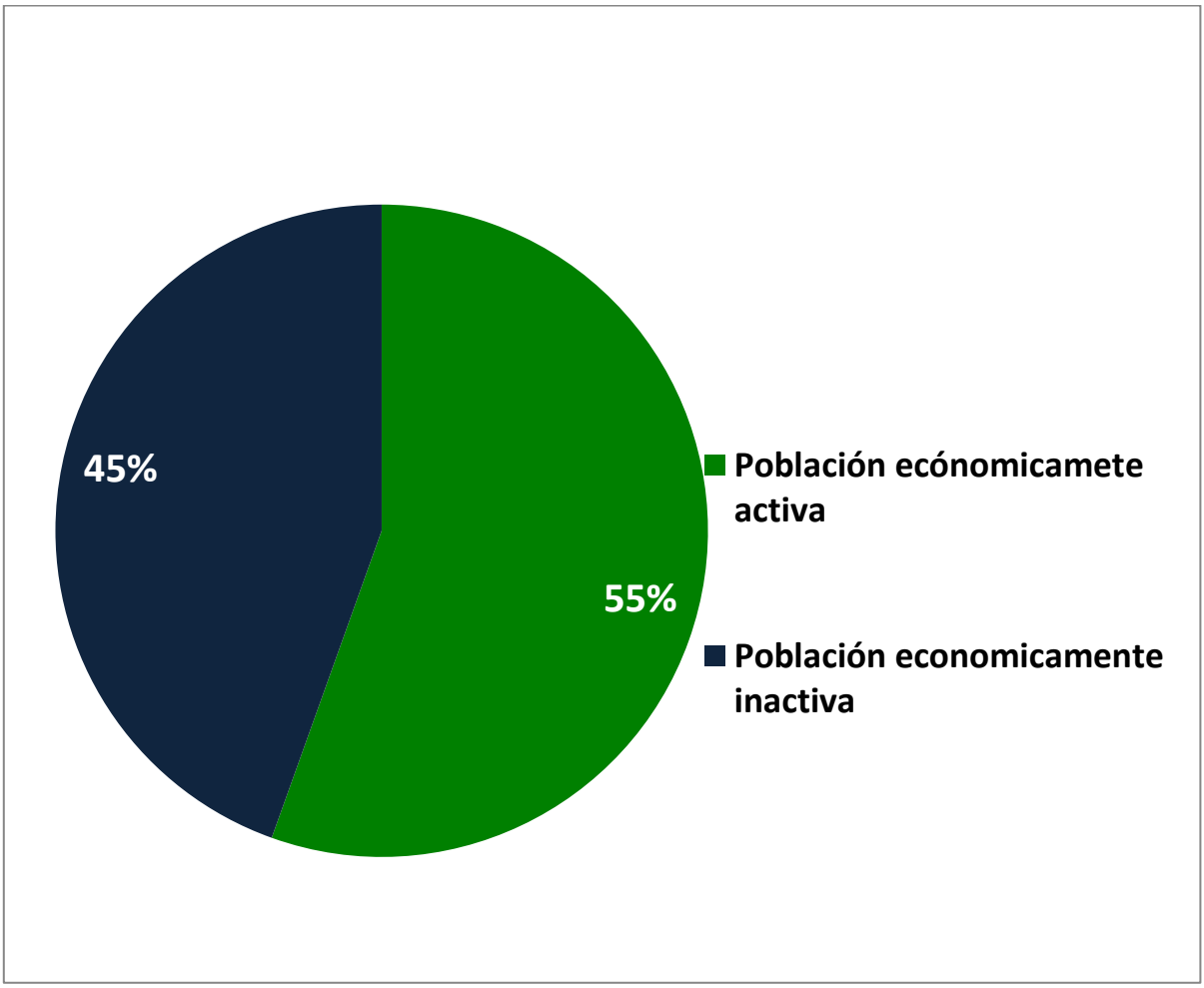


Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

En cuanto a las características de educación, la población mayor de 14 años y para este estudio es un total de 402 individuos de los cuales, 42 personas reportaron que no se saben leer o escribir, pero si del resto de los 337 habitantes, de estos, 23 se confirma que no saben leer ni escribir y los demás sí. En razón a lo anterior la tasa de alfabetismo nos dice que la población de responsabilidad del centro de salud, mayor de 14 años es un 7% analfabeta, siendo para mujeres en un 8% y para hombres en un 5.3%.

En cuanto a las características económicas, se retomó a la población del estudio mayor de 14 años (356) donde el 45% no trabajan, mientras que el resto mencionan que si hacerlo.

Gráfico No. 5.- Población ocupada del área de responsabilidad del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

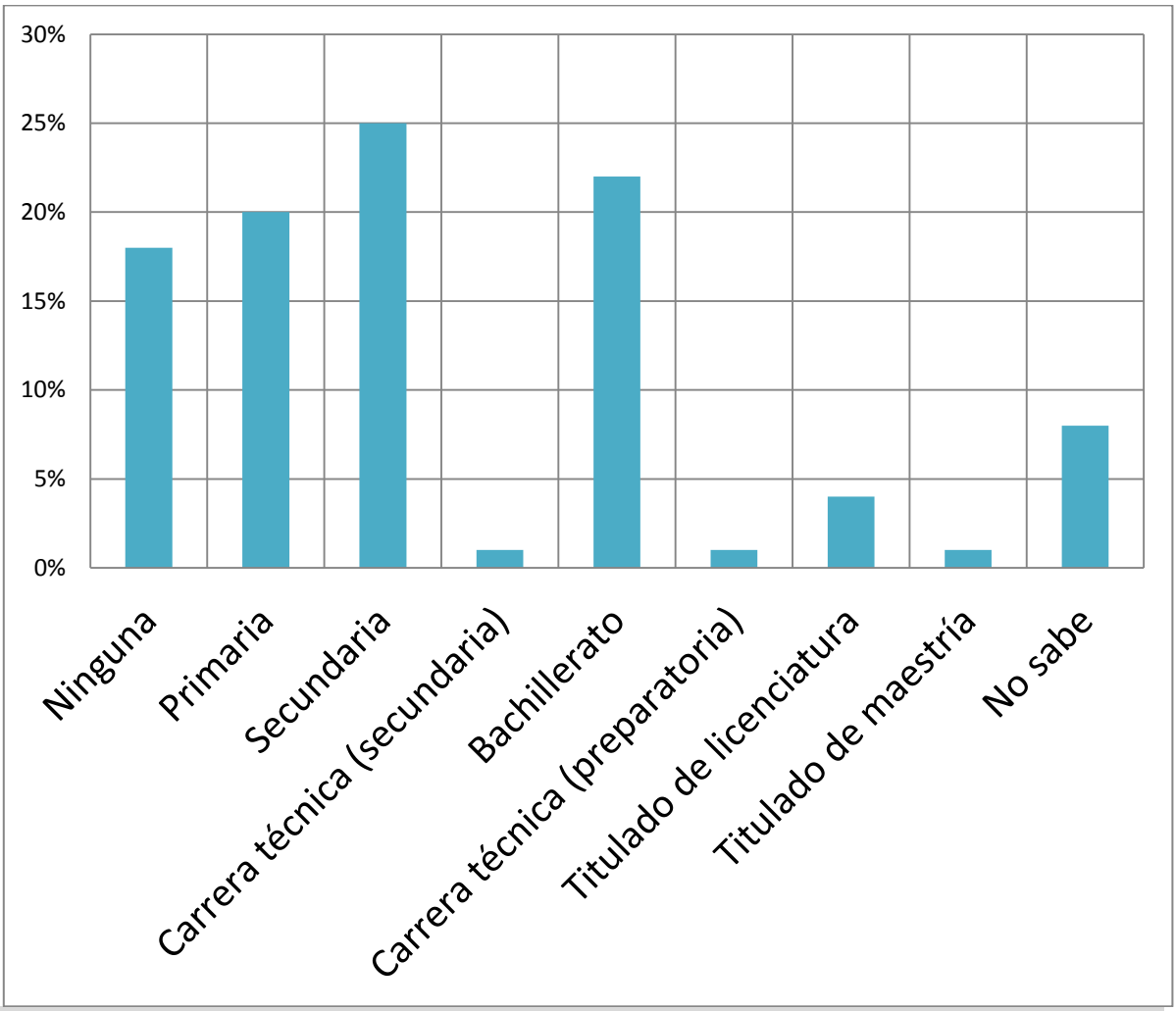
De acuerdo a la población encuestada del centro de salud que es mayor de 14 años se tuvo que 223 son económicamente activa pero solo 206 es ocupada respecto a la anterior, la tasa de ocupación fue de 92% .

En relación a la escolaridad de la población encuestada del área de responsabilidad (individuos) del centro de salud que es mayor de 14 años, se tuvo que el 25% tenía secundaria completa, siguiéndole con 22% el bachillerato y en un 18% la población no contaba con ninguna escolaridad.

Nacimientos. En relación de los niños y niñas que nacieron entre enero y diciembre del 2012, se sabe que de las 109 familias el 16.5%, conto con nacimientos en ese periodo, mientras que el resto (83.5%) no tuvo.

Defunciones. De acuerdo a lo que refiere la población de responsabilidad, de las 109 familias se encontraron seis defunciones que resultan un 5.5%.

Gráfico No. 6.- Escolaridad de la población de responsabilidad del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

En razón a los usos de los servicios médicos, en cuanto el uso de la unidades médicas que solicitan consulta, nos dice que el 66% de la población de responsabilidad (por familia) acude al centro de salud y el 28% acude a un médico privado para solicitar este servicio, donde el 67% lo considera como un servicio bueno, por otro lado cuando necesitan del servicio de vacunación el 94% también acude al centro de salud.

Por otro lado población de responsabilidad del centro de salud, con respecto al servicio que más utilizan, consideran a su calidad en un 52% como buena y el 48% como regular.

Uso de servicios de salud

Tabla No. 16.- Unidad médica a la que se acude a solicitar consulta.

Unidad médica a la que se acude a solicitar consulta	%
CSUCR	65.1
CEM	1.8
Médico privado	29.4
Seguro social	3.7

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 17.- Unidad médica a la que se acude a solicitar consulta con el médico especialista

Unidad médica a la que se acude a solicitar consulta con el médico especialista	%
CSUCR	4.6
CEM	38.5
Hospital Civil	2.8
Medico particular	22.9
Seguro social	5.5
No aplica	25.7

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 18.-. Unidad médica a la que se acude a solicitar hospitalización

Unidad médica a la que se acude a solicitar hospitalización	%
CSUCR	.9
CEM	58.7
Hospital Civil	68.8
Seguro social	4.6
No aplica	26.6

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 19.- A donde acuden a realizarse estudios de laboratorio

A donde acuden a realizarse estudios de laboratorio	%
CSUCR	4.6
CEM	30.3
Hospital Civil	7.3
Médico privado	53.2
Seguro social	2.8
No aplica	1.8

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 20.- A donde acuden a solicitar vacunación

A donde acuden a solicitar vacunación	%
CSUCR	93.6
CEM	.9
Seguro social	1.8
DIF	.9
Afuera	.9
No aplica	1.8

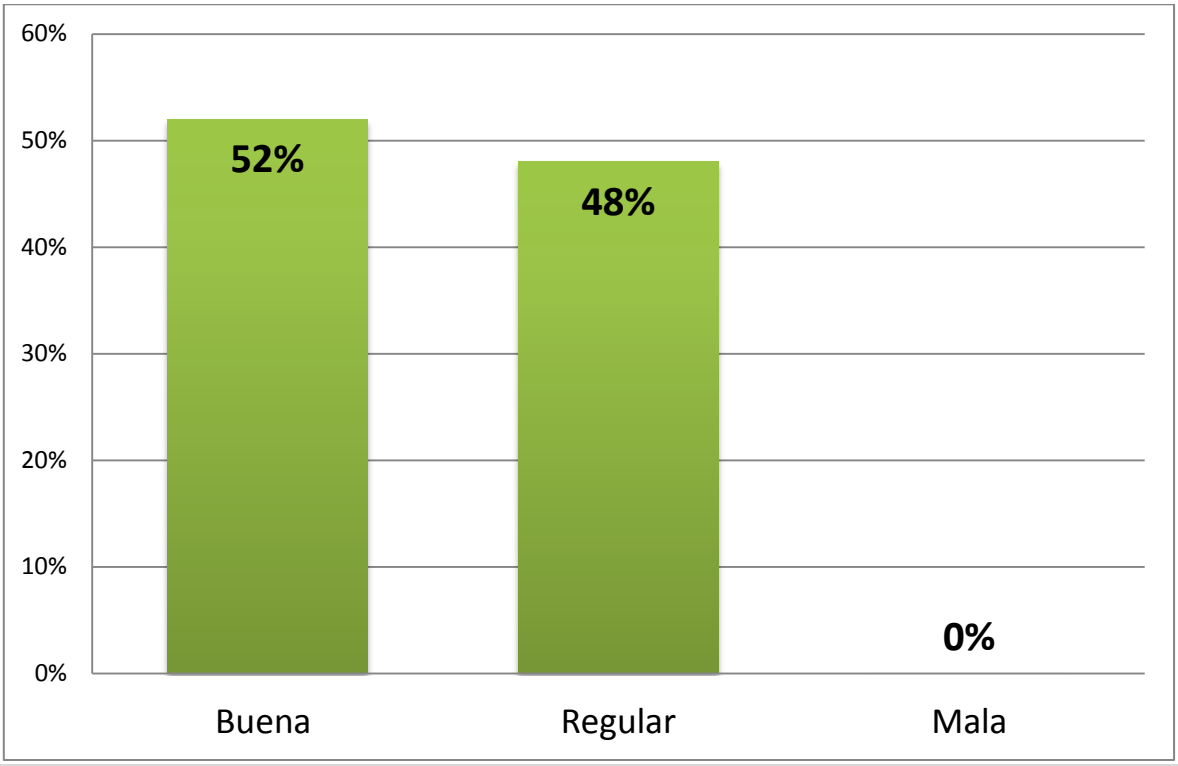
Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 21.- Como considera los servicios que usted más utiliza:

Como considera los servicios que usted más utiliza:	Buena	Regular	Mala	No aplica	No sabe/ No contesta
Consulta medica	66.1	31.2	.9	.9	.9
Consulta con médico especialista	56.9	17.4	.9	23.9	.9
Hospitalización	53.2	22.9	3.7	19.3	.9
Estudios de laboratorio	76.1	22.0	0	.9	.9
Radiografía	53.2	18.3	1.8	25.7	.9
Vacunación	75.2	21.1	.9	1.8	.9

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Gráfico No. 7.- Consideración de la calidad de servicio que más se utiliza la población de responsabilidad del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

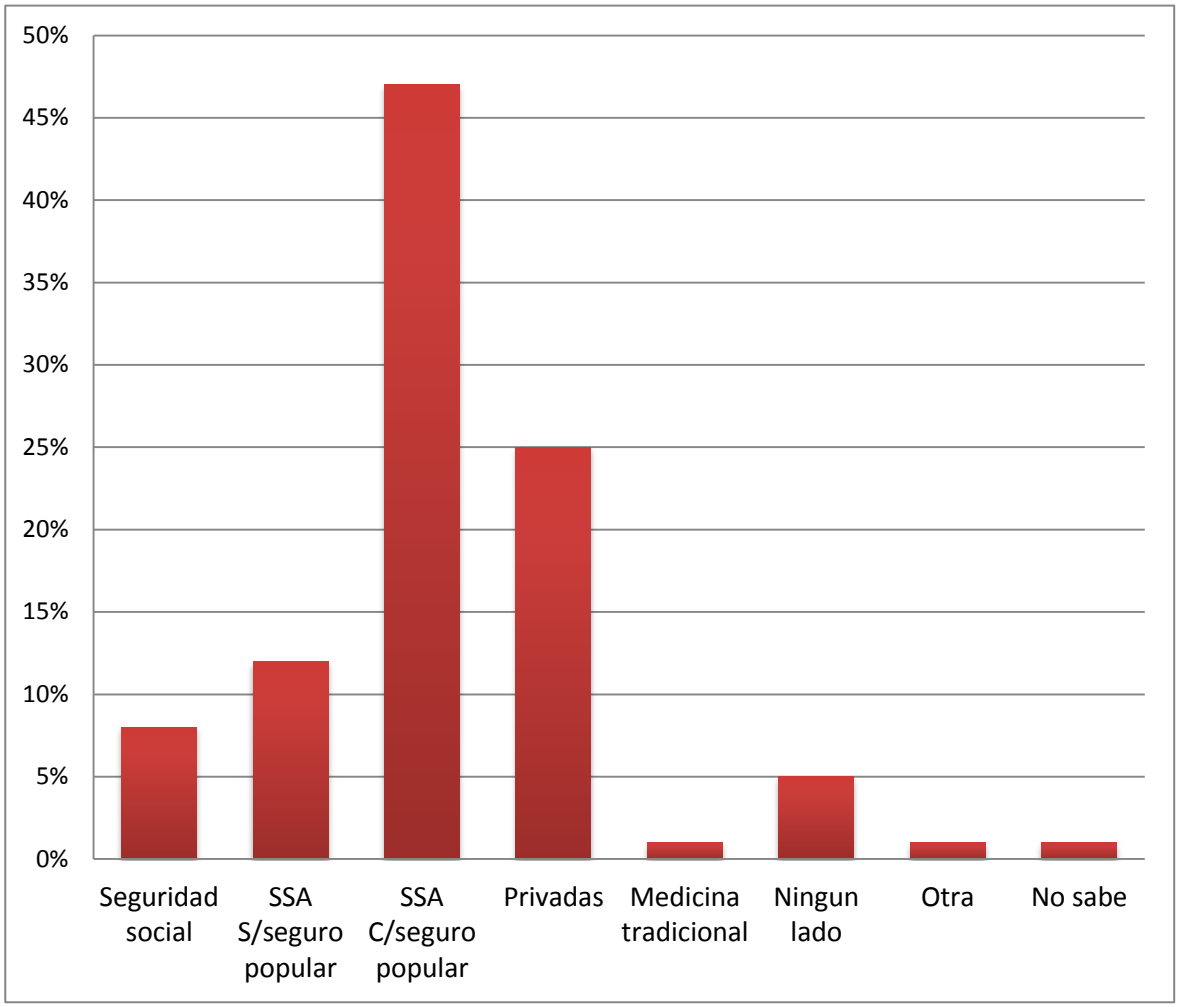
En relación de a donde acude con mayor frecuencia la población para curarse, refiere un 47% ir al centro de salud y que cuenta con seguro popular, mientras que el 5% no va a ningún lado a curarse.

Tabla No. 22.-. Como considera el gasto que genera acudir a los servicios que usted más utiliza:

Como considera el gasto que genera acudir a los servicios que usted más utiliza:	Bajo	Medio	Elevado	No sabe/ No contesta	No aplica
Consulta medica	28.4	57.8	12.8	.9	
Consulta con médico especialista	12.8	40.4	26.6		20.2
Hospitalización	17.4	37.6	23.9	1.8	19.3
Estudios de laboratorio	17.4	55.0	25.7	.9	.9
Radiografía	14.7	42.2	16.5	24.8	1.8
Vacunación	70.6	21.1	3.7	3.7	.9

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

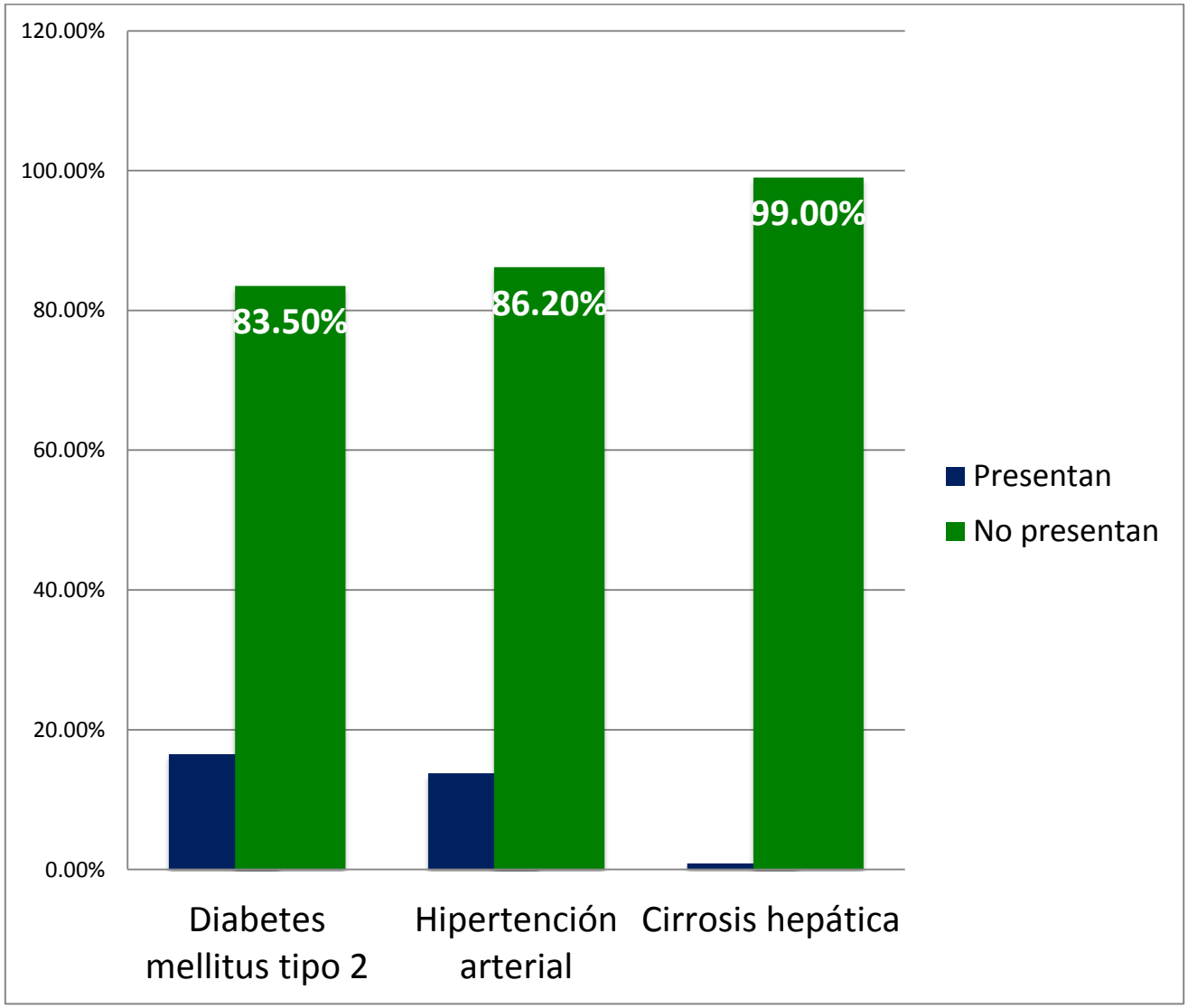
Gráfico No. 8.- Unidades médicas donde acude la población de responsabilidad del Centro de Salud Urbano "Revolución" para curarse



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

Enfermedades Crónicas. Con respecto a las enfermedades crónicas de la población de responsabilidad (de los 503 individuos) se presentó un 16.5% con diabetes mellitus, 13.8% hipertensión arterial y un 1% presentaron cirrosis hepática.

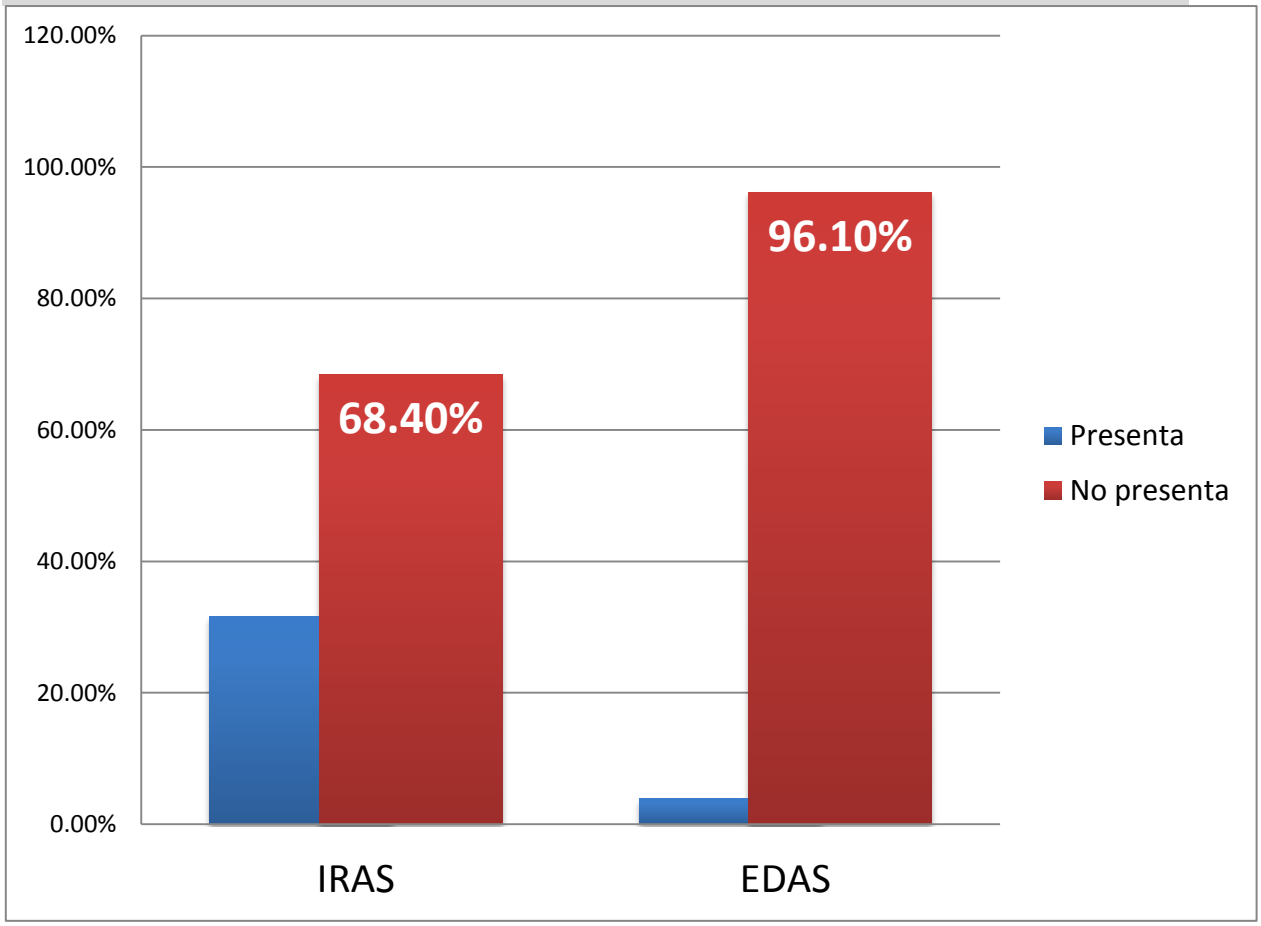
Gráfico No. 9.- Enfermedades crónicas en la población de responsabilidad **del** Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

Enfermedades agudas. La población de responsabilidad de niños menores de 5 años (69) de los 503 individuos, presentaron enfermedades agudas como las IRAS donde los menores de 5 años presentaron en menos de 15 días una frecuencia de 31.6%, mientras que para EDAS los menores de 5 años que presentaron en menos de 30 días esta enfermedad fue de 3.90%.

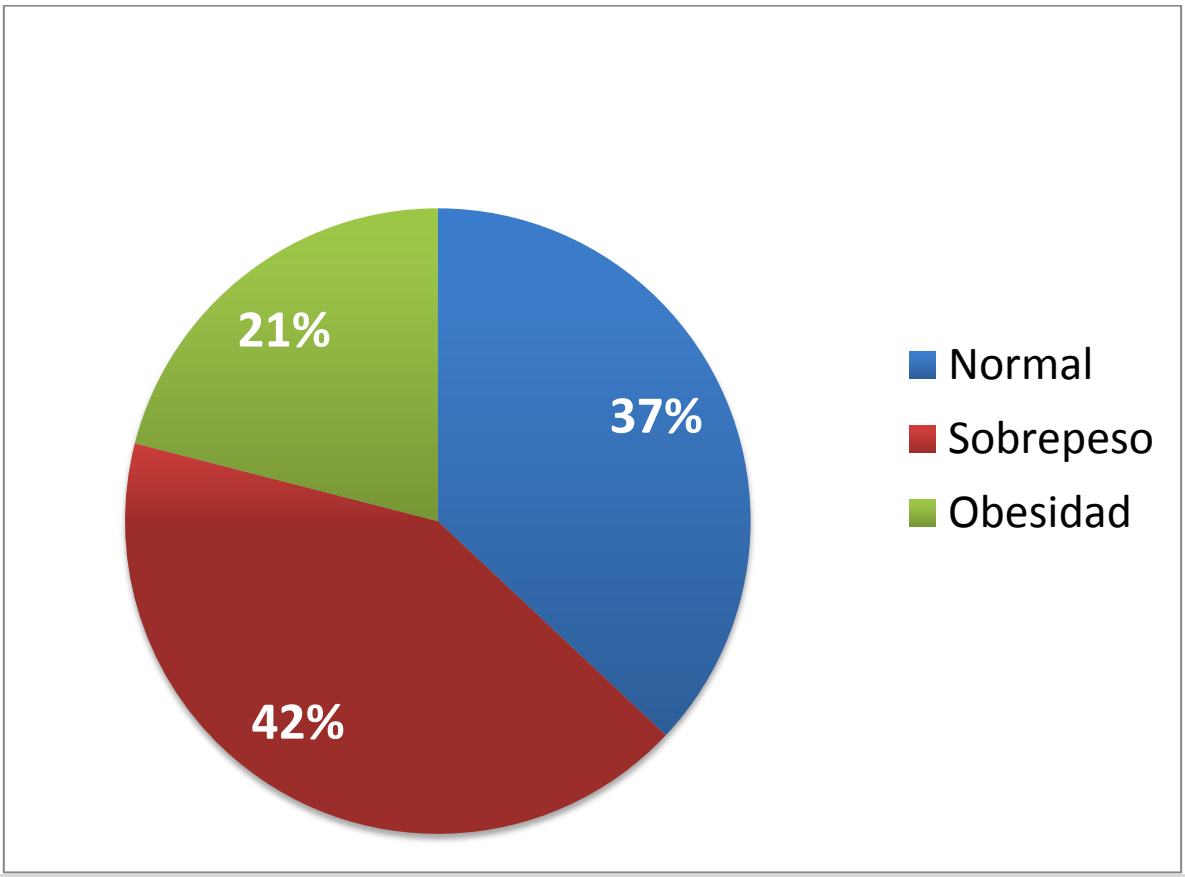
Gráfico No. 10.- Enfermedades agudas en la población de responsabilidad de los menores de 5 años del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

Percepción de la imagen corporal. La población de responsabilidad que tiene 18 años en adelante (344) se visualiza en un 21% con una imagen corporal normal, seguido a ello la población se ve con sobrepeso en un 42% y con un 37% con obesidad

Gráfico No. 11.- Percepción de la imagen corporal de la población de responsabilidad de 18 años y más del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

Antecedentes heredo familiares. La población de responsabilidad (503) del centro de salud refirió tener antecedentes de diabetes un 38% y para hipertensión arterial un 30%.

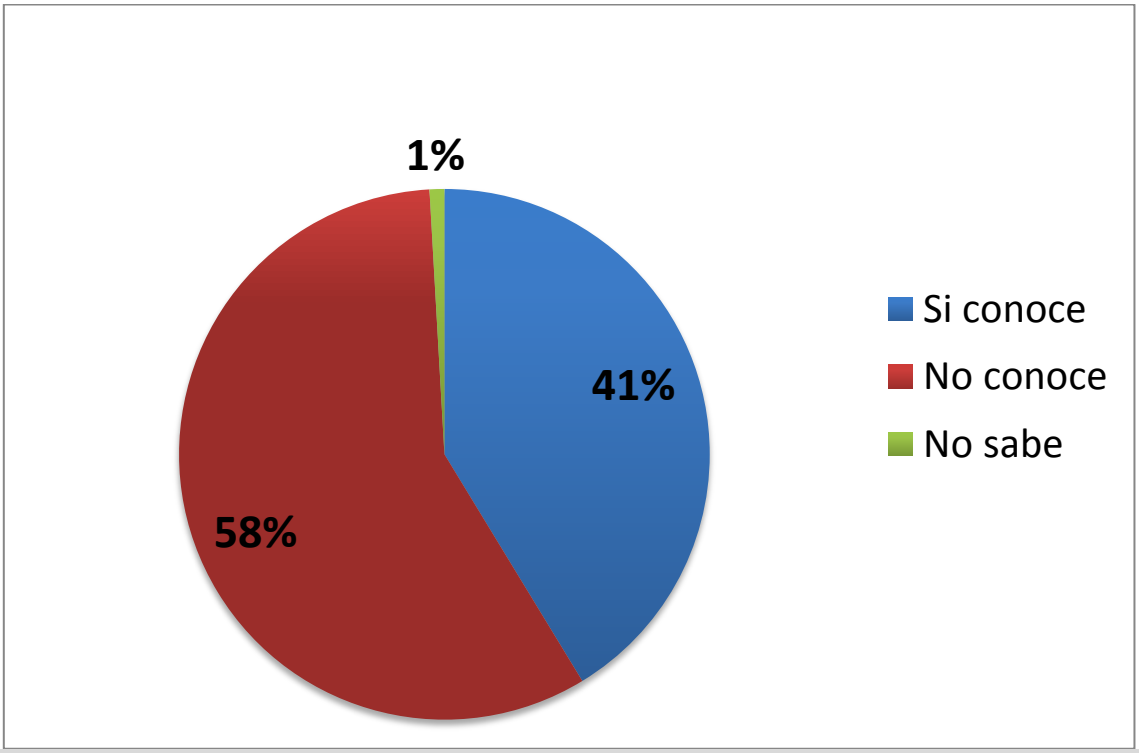
Tabla No. 23.-Antecedentes heredo familiares de la población de responsabilidad del Centro de Salud urbano "Revolución".

Antecedentes heredo familiares de población de responsabilidad del CSUCR			
Enfermedades	Tienen	No tienen	No saben
Diabetes mellitus	38%	56%	6%
Hipertensión arterial	30%	63%	7%

Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

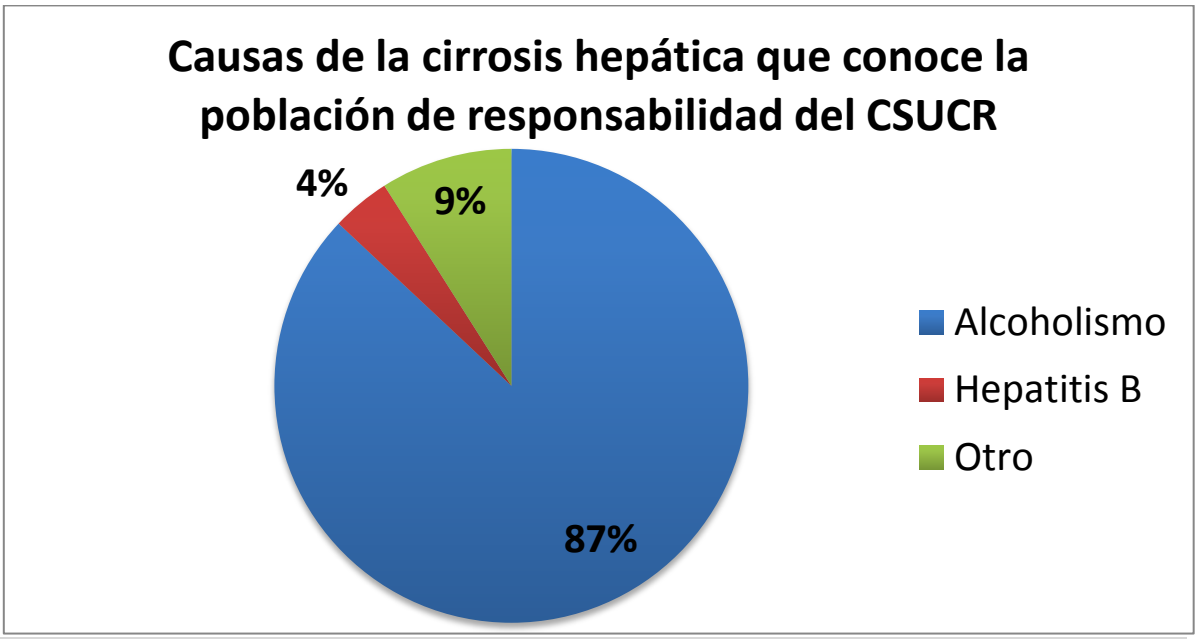
Conocimiento de enfermedad. La población de responsabilidad del centro de salud refiere conocer en un 41% las causas de cirrosis hepática, los cuales en un 87% dicen que es por alcoholismo, el 4% por hepatitis B y el 9% por otras como coraje, gastritis, mala alimentación (grasas) y se hincha el hígado.

Gráfico No. 12.- Conocimiento de cirrosis hepática que refiere la población de responsabilidad del del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

Gráfico No. 13.- Conocimiento de cirrosis hepática que refiere la población de responsabilidad del del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios del Centro de Salud Urbano Colonia Revolución, octubre 2013

Tabla No. 24.- Resultados conocimiento sobre el VIH-SIDA

Cuestionamiento	Si (%)	No (%)	No Sabe (%)
Conoce el significado de VIH-SIDA	78.9	19.3	1.8
El VIH es una enfermedad contagiosa	84.4	14.7	.9
Todos las personas con VIH tienen SIDA	35.8	48.6	15.6
Existe tratamiento para mejorar las condiciones de salud de quienes tienen VIH-SIDA	77.1	11.9	11.0

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 25.- Resultados conocimiento sobre el VIH-SIDA

Cuestionamiento	Si (%)	No (%)	No Sabe (%)
Conoce el significado de VIH-SIDA	78.9	19.3	1.8
El VIH es una enfermedad contagiosa	84.4	14.7	.9
Todos las personas con VIH tienen SIDA	35.8	48.6	15.6
Existe tratamiento para mejorar las condiciones de salud de quienes tienen VIH-SIDA	77.1	11.9	11.0

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 26. - Resultados conocimiento sobre el VIH-SIDA

	Si (%)	No (%)	No Sabe (%)
Se puede transmitir por saludar de mano	5.5	92.7	1.8
Se puede transmitir por la picadura de un mosquito	33.0	45.9	21.1
Se requiere de una prueba de sangre para su diagnostico	89.9	3.7	6.4

Fuente: Cuestionarios aplicadas en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 27.- Enfermedades que padecen habitualmente las personas con VIH-SIDA

	Cólera	Tuberculosis	otros	No sabe	No contesta
Otras enfermedades que padecen habitualmente las personas con VIH-SIDA	4.6	4.6	16.5	73.4	.9

Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 28.- Unidad a la que acude se le ha proporcionado información sobre

En la unidad a la que acude se le ha proporcionado información sobre.	Si	No
Diabetes mellitus	24.8	75.2
Hipertensión arterial	26.6	73.4
Cirrosis hepática	11.9	88.1
VIH-SIDA	41.3	58.7

Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 29.- En la unidad a la que acuden le han proporcionado información sobre

En la unidad a la que acuden le han proporcionado información sobre.	Si	No	No sabe
Enfermedad diarreica aguda	37.6	62.4	
Infecciones respiratorias agudas	40.4	59.6	
Lactancia materna	56.0	44.0	
otras	10.1	87.2	2.8

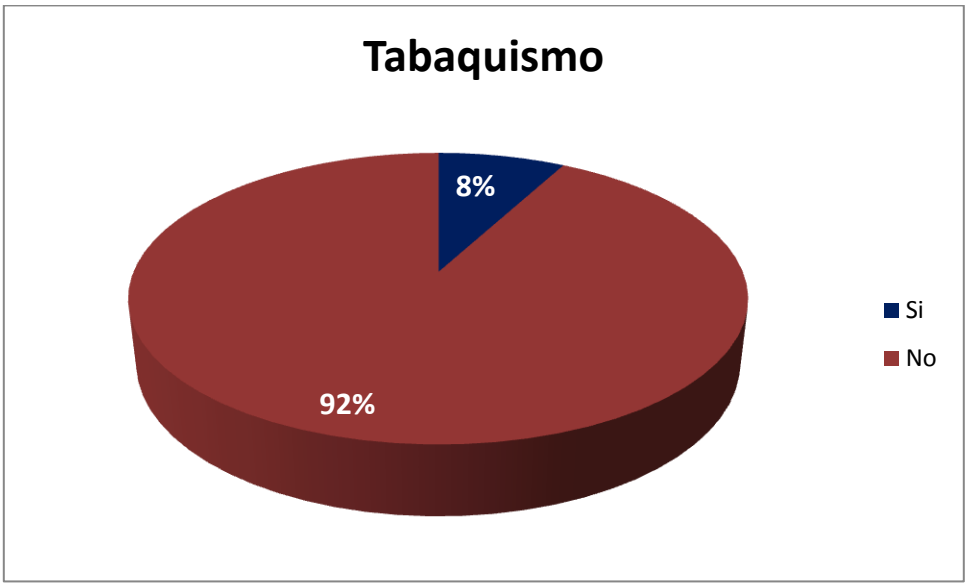
Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No.30.- Se puede prevenir el contagio del VIH mediante:

Se puede prevenir el contagio del VIH mediante:	Si (%)	No (%)
El uso de preservativo	64.2	8.3
Evitar jeringas contaminadas	24.8	47.7
Evitar drogas inyectables	18.3	54.1
Estudios periódicos	16.5	56.0
Otros	9.2	63.3
No sabe	26.6	
No responde	.9	

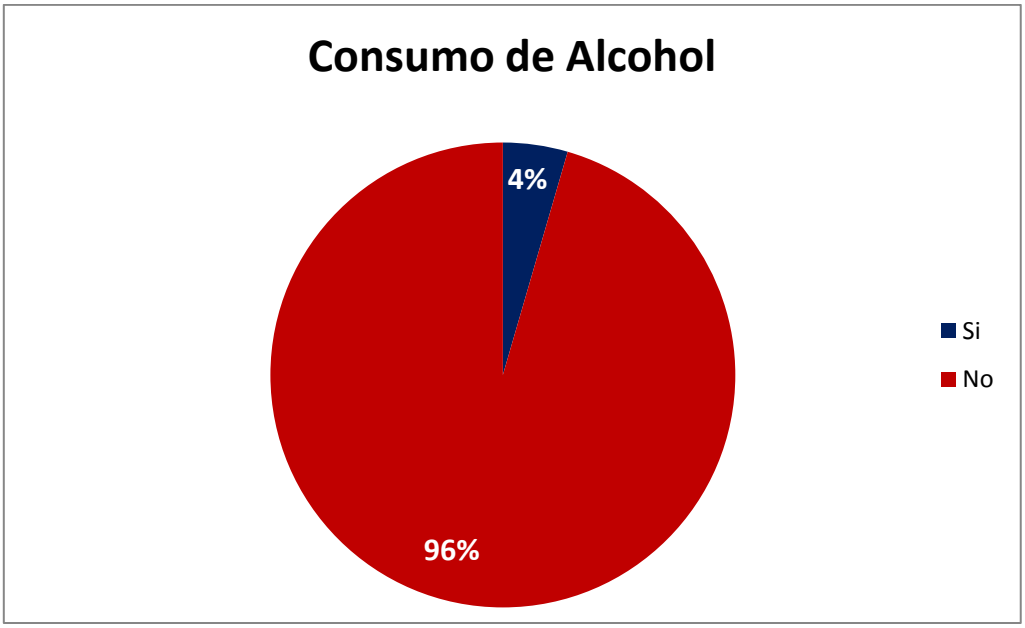
Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Gráfico No. 14.- Presencia de tabaquismo en la población encuestada en el "Centro de Salud Urbano "Revolución"



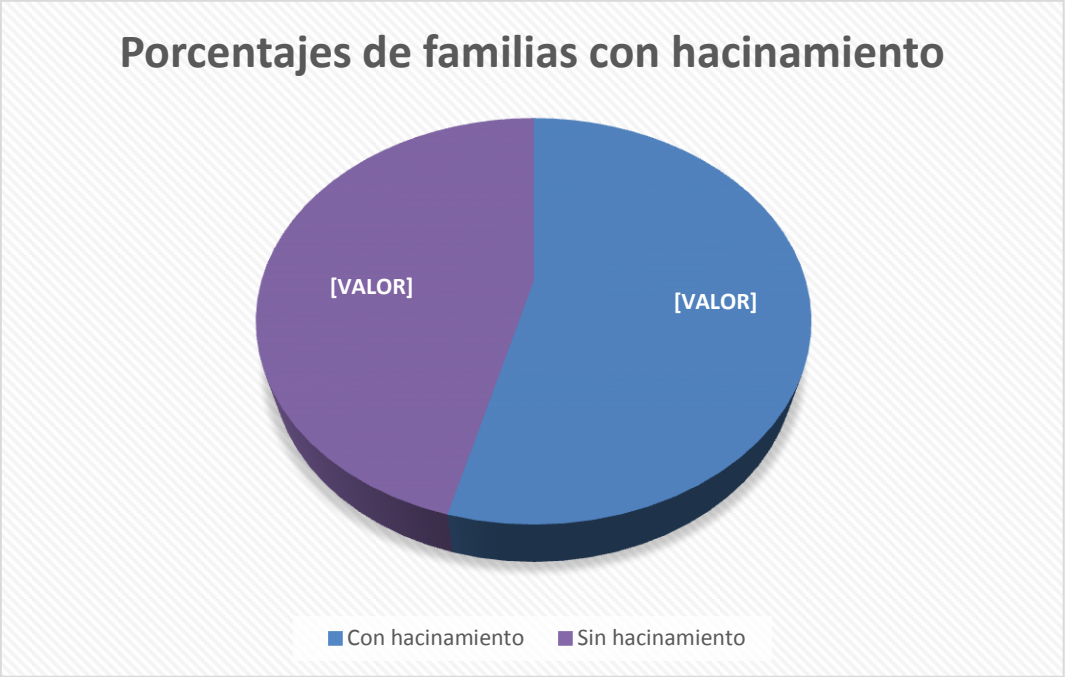
Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Gráfico No. 15.- Presencia del consumo de alcohol en la población encuestada del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 201

Gráfico No. 16.- Presencia de hacinamiento en la población encuestada del Centro de Salud Urbano "Revolución"



Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 31.- Nivel de vida de la población encuestada:

Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)
20.2	41.3	38.5

Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Asociaciones

Tabla No.32.- Asociación de variables antecedentes heredofamiliares y ejercicio con Diabetes mellitus.

Diabetes mellitus				
	OR	IC (95%)		Valor P
Antecedentes heredofamiliares	0.72	0.262014	1.967262	0.6896
Ejercicio	0.23	0.030670	1.805154	0.2294

Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 33.- Asociación de variables antecedentes heredofamiliares con Hipertensión arterial.

Hipertensión arterial				
	OR	IC (95%)		Valor P
Antecedentes Heredo familiares	1.99	0.699455	5.653938	0.3050

Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 34.- Asociación de variables tabaquismo con escolaridad baja o nula.

Tabaquismo				
	OR	IC (95%)		Valor P
Escolaridad nula o baja	1.92	0.855714	4.344590	0.1544

Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

Tabla No. 35.- Asociación de variables consumo de alcohol con escolaridad baja o nula.

Consumo de alcohol				
	OR	IC (95%)		Valor P
Escolaridad nula o baja	0.58	0.211703	1.610489	0.4380

Fuente: Cuestionarios aplicados en el Centro de Salud Urbano Col. Revolución, Octubre 2013

X.-DISCUSIÓN

El diagnóstico de salud realizado en el CSUCR obtuvo adecuadamente la priorización de daños a la salud e identificación de factores de riesgo a los que se ve expuesta la población del área de responsabilidad de la unidad de salud además de resultados importantes que describen no sólo su situación de salud sino también las características demográficas y contextuales del centro, que contribuyeron a una mejor delimitación del problema y a una mejor generación de recomendaciones, más detallada y enfocada.

De un total de 109 encuestas aplicadas se obtuvo información de 503 individuos en su mayoría mujeres (55%) puntualizando que las personas que respondieron el cuestionario en su mayoría también fueron mujeres en estado de embarazo, lo que también explica algunos de los resultados obtenidos.

Uno de los aspectos de los que no se tuvo información en diagnósticos anteriores fue lo relacionado al uso de las unidades de salud por lo que en el presente diagnostico se buscó encontrar dicha información, obteniendo que el 66% de la población acude al CSUCR a solicitar consulta y en segundo lugar a servicio particular. La percepción de los usuarios del centro es buena mencionando que como en otras instituciones, les gustaría recibir un mejor trato por el personal y que el tiempo sea mejor organizado pero que a pesar de esto, siguen acudiendo por la calidad del servicio que ofrecen.

En cuanto a enfermedades crónicas, la prevalencia de hipertensión y diabetes se muestra por debajo de los porcentajes nacionales, mientras que la ENSANUT 2012 indica que el 9.2% del país presenta diabetes mellitus el diagnóstico de salud manifiesta 5.9% en mayores de 20 años, no es posible comparar las cifras o extrapolar la muestra del diagnóstico con el universo del estudio ya que se hizo un muestreo no probabilístico y no se calculó el tamaño de muestra por diabetes mellitus, por lo tanto la prevalencia es considerada para la demanda de atención de los usuarios del turno matutino del CSUCR. Con respecto a la hipertensión arterial sucede algo parecido la prevalencia nacional reportando un 31.5%

mientras que la población de responsabilidad del CSUCR mostró 4.9 %. Por otro lado una de las causas de mortalidad de acuerdo a los daños priorizados fue cirrosis, que si bien no se encontró una fuente para comparación se obtuvo de cualquier manera la prevalencia de la población de responsabilidad mayor de 20 años, siendo esta de 0.33%.

Las enfermedades agudas también resultaron un foco de atención, como se presentó en los resultados, de 101 niños menores de 5 años el 31.6% presentó alguna enfermedad respiratoria en los últimos 15 días posteriores a la aplicación del cuestionario mientras que para enfermedades diarreicas agudas la frecuencia fue de 3.90%. La elevada frecuencia de IRAS y la afluencia de niños menores de 5 años, hacen referencia a que debe ponerse especial atención en este punto.

XI.-CONCLUSIONES

Como ejercicio de puntualización, podemos concluir que los objetivos se vieron cumplidos, ya que fue un ejercicio que permitió el análisis de las condiciones de salud de los usuarios del CSUCR.

Mediante la elaboración del diagnóstico se obtuvieron resultados valiosos; desde las características demográficas y contextuales de la población de responsabilidad del CSUCR hasta algunas asociaciones que permitieron dar un panorama extenso de algunos factores y aspectos que modifican el estado de salud de los usuarios, incluyéndose aquí algunos determinantes sociales que como se debe tener presente dificultan en muchas ocasiones un estado óptimo de salud.

Las enfermedades crónicas se hicieron presentes en el estudio relacionándose con factores hereditarios, sedentarismo y una mala alimentación por lo que debería considerarse la implementación de programas que permitan crear hábitos saludables como ejercicio por ejemplo además de mejores platicas de promoción en salud ya que muchas personas aún muestran un conocimiento deficiente de muchas enfermedades sobre todo de VIH SIDA.

Para la elaboración de futuros diagnósticos se recomienda que estos sean realizados dentro de los marcos metodológicos adecuados, ya que el trabajo actual podría haber sido más enriquecedor de haberse contado con más información por parte del pasado diagnóstico de salud, la optimación del tiempo y la generación de resultados suelen ser más significativos cuando se tiene un punto de comparación.

El presente diagnóstico de salud resultará una herramienta fundamental para la institución de salud, que podrá permitirles la toma de decisiones y puesta en marcha de estrategias que mejoren la salud de su población de responsabilidad.

XII.-RECOMENDACIONES

Como principales sugerencias para el Centro de Salud Urbano “Colonia Revolución” se enlistan los siguientes puntos:

- Elaboración del diagnóstico de salud anualmente que cumpla con los criterios y metodología correctos, además de incluir la participación del personal de la unidad.
- Para futuros diagnósticos y en vista de obtener resultados comparables con el universo, se recomienda que se realice un cálculo de muestra referente a la enfermedad de interés así como muestreo probabilístico aleatorio que extrapole lo encontrado en la muestra con el universo.
- En consideración a los daños priorizados realizar pláticas de promoción a la salud de manera más práctica y evaluar el impacto de estas para conocer las fortalezas y debilidades de cada tema de salud.
- Utilización de un manual de funciones del personal donde se describa los puestos y actividades de cada trabajador.
- Realización del organigrama administrativo de la unidad.
- Intensificar la promoción de salud en temas como VIH SIDA y diabetes mellitus que permitan al usuario conocer adecuadamente cuales son los factores de riesgo para presentarlas y como pueden prevenirlas.
- Planear actividades recreativas y de actividad física que promuevan el ejercicio como herramienta para la prevención de enfermedades.

XIII.-EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE

Aprender es el ejercicio mental que más hemos practicado durante esta experiencia llamada “Diagnóstico de salud” quizá el único tipo de ejercicio. Desde el comienzo fue duro el golpe, primero el trabajo en equipo y luego la entrada al mundo de los servicios de salud, sin duda la combinación nos resultó difícil.

El diagnóstico de salud amplió el panorama que teníamos de la salud pública e incluso de la vida. Como se mencionó anteriormente el principal aprendizaje fue el trabajo en equipo y el reto la convivencia de mentes diferentes enfocadas a un mismo objetivo.

Aprendizajes teóricos fueron muchos, ahora sabemos investigar, seleccionar y redactar mejor, tenemos un conocimiento de múltiples temas que nunca habíamos escuchado, aplicamos todo lo estudiado a lo largo del semestre y vimos cristalizado el conocimiento que obtuvimos por lo que consideramos que ha valido la pena. Organizar eventos profesionales, gestionar recursos y dirigir público son otras competencias que desarrollamos.

Por ultimo dejamos claro que quizá un aprendizaje sumamente importante fue el tiempo. Fuimos contra reloj siempre, aprendimos a ordenar las prioridades, a organizarnos para cumplir con cada una de las actividades que la maestría implica y lo logramos, a pesar del cansancio, de los desvelos y las críticas (que siempre recibimos como positivas) terminamos el trabajo con más beneficios que puntos negativos.

XIV.-REFERENCIAS

1. Unión Cdl. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Diario Oficial de la Federación; 2013. p. 223.
2. Unión Cdl. Ley General de Salud. In: Legislativo P, editor. México: Diario Oficial de la Federación; 2013. p. 221.
3. López Ramos F. Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. 2ªed. México: Manual moderno; 2006.
4. Martín Zurro A, Cano Pérez J.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.5ªed. España: Elsevier; 2003.
5. Álvarez Álva R. Salud pública y medicina preventiva. 3ªed.México: Manual moderno; 2002.
6. Salud Sd. Manual de Organización del Centro de Salud de 1 a 12 núcleos de Servicios de Salud. . In. México; 2003:34.
7. Salud Sd. Modelos de Unidades Médicas (MIDAS). In. México; 2006:183.
8. Salud Sd. Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). In. México; 2006:92.
9. Prueba piloto http://books.google.com.mx/books?id=-JPW5SWuWOUC&pg=PA60&dq=prueba+piloto+de+un+cuestionario&hl=es&sa=X&ei=mteDUv6CFsOA2wWqsoDICw&ved=0CC4Q6wEwAA#v=onepage&q=prueba%20piloto%20de%20un%20cuestionario&f=false
10. Encuesta http://books.google.com.mx/books?id=-6B6ZSWQ11YC&pg=PA327&dq=que+es+la+tecnica+de+la+encuesta&hl=es&sa=X&ei=o-mDUryVNcmy2wW0yID4DA&ved=0CFQQ6wEwBw#v=onepage&q=que%20es%20la%20tecnica%20de%20la%20encuesta&f=false

XV.-ANEXOS

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores	Ítem
Nacimiento	Es aquel que refiere a la finalización del embarazo humano, es decir, el momento en el cual el bebé deja el útero materno para empezar a formar parte del mundo**.**		Niños y niñas que nacieron en la vivienda del entrevistado entre enero y diciembre del año 2012	Cuantitativa De razón	Frecuencia de nacimientos	1
Nivel de Escolaridad	Estudio más alto aprobado por la población de 14 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional.		Personas de 14 años y más, que registren el grado escolar concluido. Los niveles son: primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas de más de 14 años con determinado nivel de educación concluido.	13

Condición de alfabetismo	Proceso mediante el cual una persona puede aprender a leer y a escribir, dos actividades o funciones que le permitirán comunicarse con el resto de los seres humanos a un nivel más profundo y abstracto.		Condición de alfabetismo, situación que distingue a la población de 14 años o más según declara saber leer y escribir un recado.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas alfabetas y analfabetas	12
Condición de actividad económica	Situación que distingue a la población de 14 años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica, en la semana anterior a la aplicación del cuestionario.		Personas de 14 años y más, de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o que se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías para población económicamente no activa: estudiante, quehaceres del hogar, jubilado / pensionado, incapacitado permanentemente para trabajar o no trabaja.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas de 14 años o más cuya condición de actividad económica es: trabaja, tenía trabajo pero no trabajó, buscó trabajo, es estudiante, se dedica a los quehaceres de su hogar, es jubilado/pensionado, está incapacitado permanentemente, no trabaja.	Ítem 11

		Otros servicios que ofrece la unidad	Otro tipo de servicios adicionales a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) que ofrece la unidad a la que la persona entrevistada y su familia acuden con mayor frecuencia.	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas que mencionan haber recibido servicios distintos a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) y cuáles.	
Acceso a servicios de salud	Servicios de Salud constituyen servicios institucionales que contribuyen a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud. Abarca tanto a las proporciones de la población beneficiada por los servicios de salud como a los requerimientos específicos que plantean las características sociodemográficas de los distintos grupos sociales		Con derecho a servicio médico en alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Marina) Seguridad pública (Seguro popular) o asiste a algún centro de salud o institución privada. Sin derecho a servicio médico, es la imposibilidad para acceder a algún servicio de salud.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas con posibilidad de acceso a los distintos servicios de salud.	5

		Sugerencias para mejorar los servicios de salud	Sugerencias que le entrevistado refiera para mejorar los servicios de salid a los que él o su familia acuden	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas con sugerencias propuestas y tipo de sugerencia.	
Percepción del gasto en el uso de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre el gasto en que incurre la familia cuando utiliza los servicios de salud de mayor frecuencia		Opinión que emite la persona entrevistada sobre el gasto en transportes, comida, pagos al médico, medicamentos u otros pago cuando acude a los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del gasto en que incurre cuando usa los servicios de salud, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta	13-18
Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión y sugerencias que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia	Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buena, regular, mala o no aplica.	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena, regular, mala.	19 – 21

Higiene personal	La higiene personal es un grupo de prácticas individuales, como los hábitos de aseo personal, que sirven para mejorar o conservar la salud	Técnicas para estornudar y toser	Técnicas adecuadas o inadecuadas para proteger a las demás personas al estornudar o toser, considerando: -Adecuado: cubrirse con un pañuelo o con la parte interna del codo.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con prácticas adecuadas de higiene personal	98 10 0
		Frecuencia en la higiene personal (bañarse)	Frecuencia con que refiere el entrevistado bañarse en la semana, considerando: -Adecuado: 4 a 7 veces o más de 7 veces. -Inadecuado: 1 a 3 veces	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con prácticas adecuadas de higiene personal	
Ejercicio físico	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye los deportes, el ejercicio y otras actividades, tales como el juego, el caminar, las tareas domésticas, la jardinería o el baile. (OMS, Reporte de 10 datos sobre la actividad física, 2011).					

Cuidado del niño menor de 5 años por parte de su responsable	Conjunto de actividades de higiene y cuidado que realiza el responsable del niño menor de 5 años.	Lavado de manos del menor de 5 años	Momentos en los que el responsable del menor de 5 años le lava las manos o verifica que este se las lave, considerando: -Adecuado. Antes de comer y después de ir al baño -Inadecuado. Hacerlo sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	39
		Lavado de frutas y verduras que ingiere el menor de 5 años	Tipo de lavado que realiza el responsable del menor de 5 años de las frutas y verduras que este consume, considerando: -Adecuado. Las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta -Inadecuado. Las come tal cual sin lavarlas o desinfectarlas.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	40

		Agua que se le da a beber al menor de 5 años	Tipo de agua que provee el responsable al menor de 5 años, considerando como: -Adecuado. La hierven, le ponen gotas desinfectantes, utilizan filtro, compran agua embotellada. -Inadecuado. La usan tal y como la obtienen de la llave.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	41
		Lavado de manos del responsable del menor	Momentos en los cuales se lava las manos el responsable del menor de 5 años, considerando: -Adecuado: antes de comer y después de ir al baño. -Inadecuado: sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	42
Capacitación del responsable en el manejo de enfermedades IRAs y EDAs	Proceso de ayuda ofrecido al individuo orientada a resolver problemas de salud en el menor de 5 años.		Orientación en el manejo de IRAs y EDAs recibida por el responsable del menor de 5 años de edad.	Cualitativa Nominal		43 44

Nutrimentos para reducir el riesgo de enfermar por infecciones respiratorias agudas	Nutrimento es toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo. Las frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas A, C y D representan un factor protector contra infecciones respiratorias agudas.		Aporte de vitaminas A (brócoli, espinaca, leche y derivados, etc); C (cítricos, berro, tomates, papaya, etc.); y D (pescado, huevos, vísceras, etc.) entre otros alimentos, que refirió consumir la persona y los miembros de su familia el día anterior a la entrevista, considerando como inadecuado el no haber consumido al menos una porción de cada uno.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas que dicen consumir vitaminas A C y D en los grupos de alimentos mencionados.	99
Infecciones respiratorias agudas (IRAs)	Se denomina así a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días. Considerando como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: 1. Resfriado común 2.Faringoamigdalitis 3. Otitis media 4. Crup 5. Neumonía		Casos nuevos acumulados de IRAs, ocurridos durante los últimos 30 días, previos a la entrevista en los habitantes de la vivienda en menores de cinco años y reportados por el entrevistado.	Cuantitativa De razón	Porcentaje de personas que enfermaron por IRAs, señalando el porcentaje que se encontró en el grupo de edad vulnerable: niños menores de 5 años y adultos mayores de 60 años.	7

Consumo de tabaco	Acción de ingerir tabaco de forma habitual.		Personas que refieran consumir tabaco de manera habitual, la frecuencia con la que lo ingieren, las cantidades que consumen y si al consumir lo realizan dentro o fuera de su vivienda.	Nominal ordinal		14-17
		Frecuencia de consumo	Consumo: Diario Semanal Mensual Ocasional	Nominal ordinal		
		Cantidad de consumo	Número de cigarros que refiera la persona que los consume.	Nominal ordinal		
		Consumo dentro de la vivienda	Personas que refieran consumir tabaco dentro de la vivienda.	Nominal ordinal		

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores	Ítem 1
Nacimiento	Es aquel que refiere a la finalización del embarazo humano, es decir, el momento en el cual el bebé deja el útero materno para empezar a formar parte del mundo**.**		Niños y niñas que nacieron en la vivienda del entrevistado entre enero y diciembre del año 2012	Cuantitativa De razón	Frecuencia de nacimientos	
		Otros servicios que ofrece la unidad	Otro tipo de servicios adicionales a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) que ofrece la unidad a la que la persona entrevistada y su familia acuden con mayor frecuencia.	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas que mencionan haber recibido servicios distintos a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) y cuáles.	
		Sugerencias para mejorar los servicios de salud	Sugerencias que le entrevistado refiera para mejorar los servicios de salid a los que él o su familia acuden	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas con sugerencias propuestas y tipo de sugerencia.	

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador	Ítem
Acceso a servicios de salud	Servicios de Salud constituyen servicios institucionales que contribuyen a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud. Abarca tanto a las proporciones de la población beneficiada por los servicios de salud como a los requerimientos específicos que plantean las características sociodemográficas de los distintos grupos sociales		Con derecho a servicio médico en alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Marina) Seguridad pública (Seguro popular) o asiste a algún centro de salud o institución privada. Sin derecho a servicio médico, es la imposibilidad para acceder a algún servicio de salud.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas con posibilidad de acceso a los distintos servicios de salud.	5
Infecciones respiratorias agudas (IRAs)	Se denomina así a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días. Considerando como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: 1. Resfriado común 2.Faringoamigdalitis		Casos nuevos acumulados de IRAs, ocurridos durante los últimos 30 días, previos a la entrevista en los habitantes de la vivienda en menores de cinco años y reportados por el	Cuantitativa De razón	Porcentaje de personas que enfermaron por IRAs, señalando el porcentaje que se encontró en el grupo de edad vulnerable: niños menores de 5 años y adultos mayores de 60 años.	7

	3. Otitis media 4. Crup 5. Neumonía		entrevistado .			

Variable	Definición Conceptual		Definición Operacional	Escala de medición	Indicador	Ítem
Condición de actividad económica	Situación que distingue a la población de 14 años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica, en la semana anterior a la aplicación del cuestionario.		Personas de 14 años y más, de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o que se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías para población económicamente no activa: estudiante, quehaceres del hogar, jubilado / pensionado, incapacitado permanentemente para trabajar o no trabaja.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas de 14 años o más cuya condición de actividad económica es: trabaja, tenía trabajo pero no trabajó, buscó trabajo, es estudiante, se dedica a los quehaceres de su hogar, es jubilado/pensionado, está incapacitado permanentemente, no trabaja.	11
Condición de alfabetismo	Proceso mediante el cual una persona puede aprender a leer y a escribir, dos actividades o funciones que le permitirán comunicarse con el resto de los seres humanos a un nivel más profundo y abstracto.		Condición de alfabetismo, situación que distingue a la población de 14 años o más según declara saber leer y escribir un recado.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas alfabetas y analfabetas	12

Nivel de Escolaridad	Estudio más alto aprobado por la población de 14 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional.		Personas de 14 años y más, que registren el grado escolar concluido. Los niveles son: primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas de más de 14 años con determinado nivel de educación concluido.	13
Percepción del gasto en el uso de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre el gasto en que incurre la familia cuando utiliza los servicios de salud de mayor frecuencia		Opinión que emite la persona entrevistada sobre el gasto en transportes, comida, pagos al médico, medicamentos u otros pago cuando acude a los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del gasto en que incurre cuando usa los servicios de salud, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta	13-18
Consumo de tabaco	Acción de ingerir tabaco de forma habitual.		Personas que refieran consumir tabaco de manera habitual, la frecuencia con la que lo ingieren, las cantidades que consumen y si al consumir lo realizan dentro o fuera de su vivienda.	Nominal ordinal		14-17

		Frecuencia de consumo	Consumo: Diario Semanal Mensual Ocasional	Nominal ordinal		
		Cantidad de consumo	Número de cigarros que refiera la persona que los consume.	Nominal ordinal		
		Consumo dentro de la vivienda	Personas que refieran consumir tabaco dentro de la vivienda.	Nominal ordinal		
Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión y sugerencias que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia	Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buena, regular, mala o no aplica.	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena, regular, mala.	19 – 21

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Ítem
Ejercicio físico	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye los deportes, el ejercicio y otras actividades, tales como el juego, el caminar, las tareas domésticas, la					

	jardinería o el baile. (OMS, Reporte de 10 datos sobre la actividad física, 2011).					

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Ítem
Cuidado del niño menor de 5 años por parte de su responsable	Conjunto de actividades de higiene y cuidado que realiza el responsable del niño menor de 5 años.	Lavado de manos del menor de 5 años	Momentos en los que el responsable del menor de 5 años le lava las manos o verifica que este se las lave, considerando: -Adecuado. Antes de comer y después de ir al baño -Inadecuado. Hacerlo sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	39
		Lavado de frutas y verduras que ingiere el menor de 5 años	Tipo de lavado que realiza el responsable del menor de 5 años de las frutas y verduras que este consume, considerando: -Adecuado. Las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta -Inadecuado. Las come tal cual sin lavarlas o desinfectarlas.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	40

		Agua que se le da a beber al menor de 5 años	Tipo de agua que provee el responsable al menor de 5 años, considerando como: -Adecuado. La hierven, le ponen gotas desinfectantes, utilizan filtro, compran agua embotellada. -Inadecuado. La usan tal y como la obtienen de la llave.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	41
		Lavado de manos del responsable del menor	Momentos en los cuales se lava las manos el responsable del menor de 5 años, considerando: -Adecuado: antes de comer y después de ir al baño. -Inadecuado: sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	42
Capacitación del responsable en el manejo de enfermedades IRAs y EDAs	Proceso de ayuda ofrecido al individuo orientada a resolver problemas de salud en el menor de 5 años.		Orientación en el manejo de IRAs y EDAs recibida por el responsable del menor de 5 años de edad.	Cualitativa Nominal		43 44

Variable	Definición conceptual		Definición operacional	Escala de medición	Indicadores	Ítem
Nutrimentos para reducir el riesgo de enfermar por infecciones respiratorias agudas	Nutrimento es toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo. Las frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas A, C y D representan un factor protector contra infecciones respiratorias agudas.		Aporte de vitaminas A (brócoli, espinaca, leche y derivados, etc); C (cítricos, berro, tomates, papaya, etc.); y D (pescado, huevos, vísceras, etc.) entre otros alimentos, que refirió consumir la persona y los miembros de su familia el día anterior a la entrevista, considerando como inadecuado el no haber consumido al menos una porción de cada uno.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas que dicen consumir vitaminas A C y D en los grupos de alimentos mencionados.	99
Higiene personal	La higiene personal es un grupo de prácticas individuales, como los hábitos de aseo personal, que sirven para mejorar o conservar la salud	Técnicas para estornudar y toser	Técnicas adecuadas o inadecuadas para proteger a las demás personas al estornudar o toser, considerando: -Adecuado: cubrirse con un pañuelo o con la parte interna del codo.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con prácticas adecuadas de higiene personal	98 100
		Frecuencia en la higiene personal (bañarse)	Frecuencia con que refiere el entrevistado bañarse en la semana, considerando: -Adecuado: 4 a 7 veces o más de 7 veces. -Inadecuado: 1 a 3 veces	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con prácticas adecuadas de higiene personal	

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Diagnóstico de Salud de la Unidad Médica Molino de San Roque

Integrantes

Irene Suárez Torres

Irot Taffi Rivas García

Gerardo Rodríguez Montero

Alan Uriel García Tejeda

Asesores Internos

Mtra. Edit Rodríguez Romero

Mtra. Alejandra Sánchez Bandala

Asesor Externo

Dra. María Teresa Martínez Cruz

6 de diciembre de 2013

Índice

INTRODUCCIÓN……..…1

1. **MARCO REFERENCIAL**…..……..…2
   - 1.1. MARCO TEÓRICO.....2
     - 1.1.1. LA SALUD PÚBLICA……..……..….2
     - 1.1.2. SALUD Y POBREZA…….…...…2
     - 1.1.3. DIAGNÓSTICO DE SALUD…….……...3
   - 1.2. MARCO EMPÍRICO……..6
   - 1.3. MARCO CONTEXTUAL……..……..8
     - 1.3.1. PROGRAMA OPORTUNIDADES……8
     - 1.3.2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA……..13
     - 1.3.3. POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ÁREA DE INFLUENCIA……....13
     - 1.3.4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA UNIDAD…….....14
     - 1.3.5. CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE SALUD……...…18
     - 1.3.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN……....19
   - 1.4. MARCO JURIDICO…….20
2. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**……..……22
   - 2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA……...…22
   - 2.2. JUSTIFICACIÓN…….…23
   - 2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN…….....23
   - 2.4. OBJETIVO GENERAL……24
     - 2.4.1. OBJETIVOS ESPECIFÍCOS……24
3. **METODOLOGÍA**……25
   - 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN……..…..…25
   - 3.2. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO Y/O MUESTRA……25
   - 3.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES E INDICADORES……..…..…27
   - 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS……62
   - 3.5. ELABORACIÓN Y PRUEBA DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN…….…..……62

3.6. DEFINICIÓN DE LOS MECANISMOS PARA LA RECOLECCIÓN, EL PROCESAMIENTO Y EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN……..……64

4. RECOLEECIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN……65

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN……..…65

4.2. DESCRIPCIÓN DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN……..…..67

4.2.1. INDICADORES UTILIZADOS PARA LA DESCRIPCIÓN……67

5. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD……69

5.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS……..……...69

5.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS……73

5.3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA……75

5.4. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES……79

5.5. PRÁCTICAS DE HIGIENE EN ALIMENTOS……..81

5.6. DAÑOS A LA SALUD – PRIORIZACIÓN……83

5.6.1. DEFINICIÓN DE LOS DAÑOS A LA SALUD PRIORIZADOS……..83

5.6.2. PRIORIZACIÓN……84

5.6.3. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN……..84

5.6.4. PROCESO DE PRIORIZACIÓN Y RESULTADOS……...85

5.7. DAÑOS A LA SALUD Y FACTORES DE RIESGO PRIORIZADOS PARA CADA DAÑO……86

6. SERVICIOS DE SALUD……91

6.1. SERVICIOS QUE OFRECEN……..91

6.2. ANALISIS DE LA PRODUCTIVIDAD EN LOS SERVICIOS QUE SE OFRECEN……91

6.3. ANALISIS DE LOS PROGRAMAS QUE SE OFRECEN (COBERTURAS Y METAS) RELACIONADOS CON LOS DAÑOS PRIORIZADOS…….……92

6.4. DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR TIPO……93

6.5. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS……93

6.6. PROBLEMAS DETECTADOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS……..…94

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES EN LA UNIDAD DE SALUD…….……95

7.1. CONCLUSIONES…….95
7.2. RECOMENDACIONES…….96
7.3. EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE POSITIVAS Y NEGATIVAS……97
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS……..98

Introducción

El diagnóstico de salud es un instrumento que permite monitorear y analizar la situación de salud de una población, explicar su proceso salud-enfermedad así como sus determinantes. Con base en este concepto, se planteo el objetivo de conocer el estado de salud de la población del módulo de Molino de San Roque.

El módulo de Molino de San Roque es una unidad médica o núcleo básico de primer nivel de la Secretaría de Salud dirigido solo a las familias que pertenecen al Programa Oportunidades, este se encuentra ubicado dentro de las instalaciones de la Casa de Salud de la Universidad Veracruzana, la cual dirige sus servicios a población abierta, entendida esta como cualquier persona dentro de su área de influencia que requiera de los servicios que brinda, sin embargo estos servicios se encuentran limitados, por falta de equipo médico, falta de personal y falta de infraestructura. Por estas razones el presente diagnóstico de la situación de salud incluye solo a la población del Programa de Oportunidades atendida en esta unidad médica, dado que es la unidad médica más cercana a la población.

La muestra que se tomo fue de 130 titulares del programa Oportunidades y pertenecientes a la unidad Molino de San Roque, a las cuales se les aplico una encuesta que fue realizada con base en daños que fueron priorizados tomando en cuenta las enfermedades de mayor prevalencia en la ciudad de Xalapa, Veracruz.

Esta encuesta permitió además, conocer características referentes a salud como condiciones ambientales, económicas y de marginación social, tanto a nivel individual como familiar. De esta manera se identificaran algunos factores de riesgo a morbilidades no atendidas por la unidad médica, así como observar y analizar algunas causas que condicionan o determinan la situación de salud de la población objeto del diagnóstico de salud.

Se espera que la información obtenida sea de importancia para los tomadores de decisiones respecto a los servicios de salud.

1. Marco referencial

1.1. Marco teórico

La aproximación a una definición de salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, citando a Briseño (2000) “La Salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con la política internacional”[1] Es decir, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir., de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea[2].

1.1.1. Salud pública

La Salud Pública según la OPS es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo[1].

El objeto central de la salud pública es la salud de las poblaciones, este incluye todos los aspectos de interés colectivo que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población; por lo tanto, la salud pública no debe limitarse a los llamados bienes y servicios públicos o de significativas externalidades o aquellas acciones reconocidas como responsabilidades del gobierno o del Estado[4].

1.1.2. Salud y Pobreza

La pobreza es el mayor determinante individual de mala salud y en lo social, se asocia a las reglas de convivencia establecidas (fundamentada en el materialismo-estructuralista y la ideología neoliberal) en la medida en que estas propician o toleren las diferencias (desigualdades sociales).

Depende de las formas de propiedad de la tierra y el capital y se vincula estrechamente con las facilidades de acceso a servicios de salud, educación y el agua potable. La pobreza se relaciona desde la perspectiva fenomenológica con la frontera de las posibilidades físicas e intelectuales de los humanos, con su equipaje cultural y con las condiciones de su entorno.

La pobreza y la enfermedad están tan íntimamente ligadas que se retroalimentan en un proceso que amenaza literalmente con acabar con cualquier esperanza de mejoría y progreso de los pueblos[5].

1.1.3. Diagnóstico de Salud

El diagnóstico de salud es una herramienta importante para el desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública y en especial de la primera de ellas, que se refiere al monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.

La atención primaria a la salud (APS) es el marco donde se envuelve el diagnóstico de salud de nuestra población por lo que es conveniente retomar a la declaración de Alma Ata quien define a la APS como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, 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 países puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación[6].

El diagnóstico de salud es un instrumento importante reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS lo definió en 1992 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].

Según Mario Testa existen tres tipos de diagnóstico: el administrativo, el estratégico y el ideológico[5].

Diagnóstico administrativo: plantea la interrelación de las instituciones de los sistemas de los servicios de salud los cuales tienen un efecto directo en los resultados de una atención equitativa, eficiente y efectiva, donde las decisiones deben estar presentes en la medida en que influyen en el nivel de salud de la población.

Diagnóstico estratégico: por su parte prevé un pensamiento guiado con la intención de introducir cambios y estudiar las fuerzas sociales en cada uno de sus niveles. Desde el punto de vista epidemiológico, no sólo proporciona criterios para elegir las categorías que se usan para el análisis del estado de salud, sino que además las explica.

Diagnóstico ideológico: este se fundamenta en la legitimación basada en la propuesta de salud y el sistema social en el que se hace la propuesta, no siguiendo los niveles formales sino teniendo en cuenta las prácticas y conocimientos de los sujetos sociales, es decir, incluyendo la ideología sanitaria conceptualizada relacionando la conciencia sanitaria, con la conciencia social.

Para fines de nuestra intervención y las características de la población a la que está dirigida, se retomara el Diagnóstico de la Situación de Salud – Análisis de la Situación de Salud (DSS-ASIS) con enfoque poblacional, el cual se realiza en un territorio-población definido y en un período determinado, bien de todo el país, provincia, municipio o en la APS. El procedimiento puede tener fines asistenciales, docentes y de investigación (si bien este estudio se avocara al primero):

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.

El DSS-ASIS 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 forma de abordar la realidad objetiva de los fenómenos de la sociedad, la naturaleza y el pensamiento[5].

De esta manera realizar un diagnóstico de salud genera la posibilidad de acercarnos a una mejor comprensión del estado de salud de la comunidad a la que está dirigido, identificar las relaciones existentes entre los factores de riesgo y las enfermedades, así mismo establecer un análisis de los principales determinantes de la salud (enfermedad) de la población investigada y generar como producto algunas aportaciones y recomendaciones generadas para los tomadores de decisiones de los servicios de salud.

1.2. Marco Empírico

Se suele hablar de situación de salud de una población, a la cual se define como el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población.

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.

Para conocer estos problemas relacionados con la salud de la población el Instituto de Salud Pública (ISP) de la Universidad Veracruzana mediante la Maestría en Salud Pública (MSP) tiene como uno de sus principales objetivos el desarrollo del diagnóstico de la situación de salud como una herramienta para que los alumnos en curso adquieran los conocimientos profesionalizantes a realizar como salubristas en el campo de la salud pública.

Un ejemplo es el diagnostico de salud realizado en el centro de Salud José A. Maraboto en el periodo de Agosto-Diciembre 2007 por estudiantes de la MSP, pertenecientes al ISP, con el objetivo de 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 acordes con la situación identificada, con un estudio bimétodo, aplicando un cuestionario a usuarios del centro de salud así como entrevistas focalizadas a los actores sociales participantes.

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, fue en el grupo de edad de 50 a 59 años con 16.1 por ciento; se encontró que una mala higiene como la mala técnica de limpieza

después de ir al baño o falta de aseo diario son factores de riesgo para contraer infecciones de vías urinarias (IVUS).

El 56.6 por ciento de la población ≥12 años, 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 (DM2) con 12.5 por ciento, hipertensión arterial (HTA) 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 DM2 son herencia y edad. En cuanto a HTA, se detectó que el 15.7 por ciento de los hipertensos no reciben tratamiento alguno para su enfermedad.

Por otra parte los estudiantes de la MSP en este mismo periodo realizaron un diagnóstico de la situación de salud en la casa de la Universidad Veracruzana Molino de San Roque donde se tuvo como principal objetivo 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 (CUMSR), 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, empleando un estudio bimétodo , donde los resultados con mayor relevancia son la identificación de los factores de riesgo para las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en menores de 5 años de la población de responsabilidad de la CUMSR en los meses noviembre - diciembre del 2007, donde enfermaron 69 correspondiendo al 62.1 por ciento.

Mientras que las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) 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 CUMSR.

1.3. Marco contextual

1.3.1. Programa Oportunidades

La desigual distribución del ingreso y en el acceso a oportunidades ha sido un elemento persistente en la historia de nuestro país. Las cifras publicadas por CONEVAL muestran que en 2012, 53.3 millones de mexicanos no contaban con suficientes ingresos para cubrir sus necesidades básicas como salud, alimentación, educación, vivienda y vestido, y 11.5 millones de habitantes vivían en pobreza extrema[12].

Las personas y los hogares concentran, además de la falta de ingresos, los mayores índices de desnutrición, enfermedades, analfabetismo y abandono escolar. En este contexto, la finalidad de la política social de la actual administración es impulsar el desarrollo humano y el bienestar de la población mexicana, a través del fomento a la igualdad de oportunidades, y la superación de las condiciones de pobreza y marginación en las que vive gran parte de nuestra población, contribuyendo así al cumplimiento de sus derechos humanos, con especial énfasis en los derechos a la protección de la salud, a la educación y a la alimentación[10].

Es en este contexto que el programa se percibe como un instrumento de desarrollo humano; al propiciar el incremento de las capacidades se busca generar incentivos para que sus beneficiarios, mediante su esfuerzo, y con el apoyo de la sociedad y de los tres órdenes de gobierno superen su situación precaria, accedan a mejores niveles de bienestar y se incorporen al desarrollo nacional. Cuenta con la participación de la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social y los gobiernos estatales y municipales. La corresponsabilidad es un factor importante en este programa, por que las familias son parte importante en este programa, por que las familias son parte activa de su propio desarrollo, superando el asistencialismo y el paternalismo[10].

El objetivo general del programa es favorecer el desarrollo de las capacidades asociadas a la educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del programa para contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza. Los objetivos específicos del programa con:

- Otorgar apoyos educativos crecientes en educación básica y media superior a los niños, niñas y jóvenes de las familias beneficiarias, con el fin de fomentar su inscripción y asistencia regular a la escuela, consecuentemente la terminación de dichos niveles educativos[10].
- Asegurar el acceso al paquete básico garantizado de salud a las familias beneficiarias, con el propósito de impulsar el uso de de los servicios de salud preventivos y el autocuidado de la salud y nutrición de todos sus integrantes[10].
- Proporcionar apoyos a las familias beneficiarias para mejorar la alimentación y la nutrición de todos sus integrantes, con énfasis en la población más vulnerable como son los niños y niñas, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia[10].
- Fomentar el compromiso con los objetivos del programa y la participación activa de todos los integrantes de las familias beneficiarias mediante el cumplimiento de las corresponsabilidades asociadas a las intervenciones del programa[10].
- Potenciar los efectos del programa mediante la entrega de otros apoyos monetarios que establezca el gobierno federal para la población beneficiaria del programa[10].

El programa tendrá cobertura nacional en las localidades donde existan condiciones de accesibilidad y capacidad de atención de los servicios de salud, así como accesibilidad a los servicios de educación, que permitan operar en forma integral los componentes del programa.

Cuenta con un riguroso sistema de selección de beneficiarios basado en las características socioeconómicas del hogar, que permite focalizar los recursos a las familias que realmente lo necesitan superando los subsidios y los apoyos

discrecionales y definidos con criterios políticos. El programa tiene como prioridad fortalecer la posición de las mujeres en la familia y dentro de la comunidad. Por tal razón, son las madres de familia las titulares del programa y quienes reciben las transferencias monetarias correspondientes.

La población objetivo del programa son los hogares cuyas condiciones socioeconómicas y de ingreso impiden desarrollar las capacidades de sus integrantes en materia de educación, nutrición y salud, de conformidad con los criterios de elegibilidad y metodología de focalización establecidos en las reglas de operación.

La Secretaría de Salud participa ofreciendo tres estrategias específicas:

1. Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual constituye un beneficio irreductible, según la edad, sexo y evento de vida de cada persona. En caso de requerirse servicios de urgencias atendibles en este nivel, estos serán otorgados en las unidades de la Secretaria de Salud, del IMSS Oportunidades y de otras instituciones participantes en el estado[13].
2. Promover la vigilancia y monitoreo del estado nutricional de la población beneficiaria, en especial de los niños desde la etapa de gestación hasta la edad de cinco años y de las mujeres embarazadas y en período de lactancia, con el fin de lograr la identificación temprana de problemas de desnutrición y orientar sobre el consumo adecuado de los suplementos alimenticios que el sector salud defina. El seguimiento y control del estado nutricional se realizaran mediante la consulta médica mensual, en la que se toman las medidas antropométricas de los niños y niñas, y se vigila el estado nutricional y evolución del embarazo de la mujer, y en caso de ser necesario se entrega complemento y/o suplemento alimenticio (Nutrisano® y Nutrivida®)[13].
3. Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad, mediante acciones. Proporcionar información y orientación de manera individualizada durante las consultas y emitir

mensajes colectivos dirigidos a las familias beneficiarias para reforzar los conocimientos y prácticas para el autocuidado de la salud. El impartir talleres comunitarios de capacitación para el autocuidado de la salud, que contemplaran temas definidos por el sector salud, y pueden variar de un estado a otro. Dichos talleres pueden ser impartidos por personal de salud o por personal comunitario capacitado y supervisado por la unidad de salud[11].

El Paquete Básico Garantizado de Salud se divide en acciones dirigidas a la comunidad y dirigidas a la persona. En la primera el servicio que se brinda es:

- Saneamiento básico a nivel familiar y comunitario: comprende la educación para la salud para así impulsar medidas eficaces de higiene en el ambiente y la comunidad.

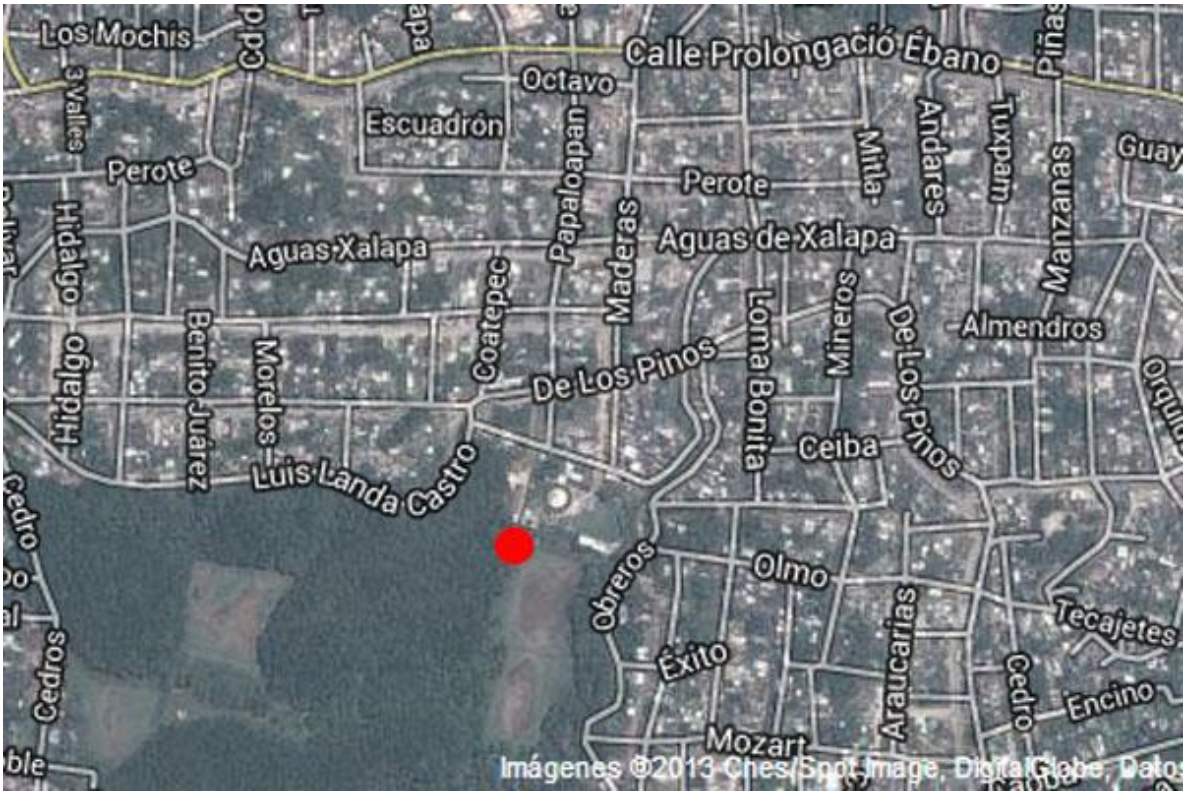
Las acciones dirigidas a la persona comprenden los siguientes servicios:

- Planificación familiar: servicio estratégico para la salud materno infantil y el bienestar familiar.
- Atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido: reducir y atender los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio con el objeto de reducir la mortalidad materna e infantil.
- Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil: prevención, vigilancia, detección y atención de la nutrición infantil, así como a la referencia de casos de desnutrición severa.
- Inmunizaciones: dirigido a la prevención de enfermedades evitables con vacunas, a mantener la erradicación de la poliomielitis y a avanzar en la de otros padecimientos inmunoprevenibles.
- Manejo de casos de diarrea en el hogar: prevenir las diarreas, evitar la deshidratación y detectar oportunamente los signos de alarma.
- Tratamiento antiparasitario a las familias: combatir la parasitosis en la población menor de 15 años en las áreas marginadas.

- Manejo de infecciones respiratorias agudas: reconocimiento oportuno de los signos de alarma, su adecuado tratamiento y la referencia de los casos graves.
- Prevención y control de la tuberculosis pulmonar: detección oportuna de enfermos potenciales y monitoreo constante de los casos confirmados y de sus contactos.
- Prevención y control de la hipertensión arterial y diabetes mellitus: reducción de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial y diabetes mellitus, intensificar su detección oportuna y tratamientos adecuados.
- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones: comprende el impulso a la educación y orientación tendientes a evitarlos y prevé el otorgamiento de los primeros auxilios.
- Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud: favorecer la vinculación de la comunidad con el sector salud, brinda información acerca de los recursos disponibles para la salud y sobre la forma de ejercer un mayor control sobre la misma.
- Prevención y detección del cáncer cervico uterino: dirigido a la población femenina de 25 a 64 años de edad. Las acciones de prevención y detección constituyen una intervención estratégica que exige la participación de los integrantes del equipo de salud[10].

1.3.2. Ubicación geográfica

La Unidad Médica Molino de San Roque, se encuentra ubicada dentro de la Casa UV Molino de San Roque, en la zona oeste de Xalapa, Veracruz, en el interior del Parque Ecológico Molino de San Roque. Es un núcleo básico del Centro de Salud José A. Maraboto, el cual depende directamente de la Jurisdicción sanitaria No. V-Xalapa, de los Servicios de Salud de Veracruz.



Fuente: Datos de mapa. 2013. Google, Inegi

1.3.3. Población de responsabilidad y área de influencia

La población de responsabilidad de la Unidad Médica Molino de San Roque es población abierta o sin seguridad social, que es beneficiaria de un programa de desarrollo humano.

El área de influencian del Unidad Médica Molino de San Roque abarca tres AGEBS (Área Geoestadística Básica), la número 168-A que comprende 9 colonias, AGEB 169, que comprende 6 colonias y el AGEB 170-7 que comprende 4 colonias.(Cuadro No 1.).

Cuadro No1. Distribución de colonias por AGEB

AGEB 168-A	AGEB 169	AGEB 170-7
• Plan de Ayala • Loma Bonita • Comercio • 9 de Abril • División del Norte • Lomas de Chapultepec • Altamira • Independencia • Natalio Vázquez Pallares	• Plan de Ayala • Independencia • Luis Donaldo Colosio • Veracruz • Dolores Hidalgo • Lomas del Seminario	• Independencia • Miradores de San Roque • Luis Donaldo Colosio • Plan de Ayala

1.3.4. Características físicas de la unidad

Molino de San Roque es considerada una Unidad Médica compuesta por un núcleo básico (médico y enfermera), esto debido a que esta unidad médica no entra en la descripción del Modelo de Unidades Médicas (MIDAS). No cuenta con un espacio propio ya que comparte el lugar con la Casa UV Molino de San Roque. Posee un solo consultorio para atender a la población perteneciente al programa Oportunidades, y una sala de espera en la que también se ubica la enfermera.

En la NOM-178 se establecen los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento con el que deben contar los establecimientos que prestan atención médica; es con este fundamento que el mobiliario y material médico con el que cuentan en la unidad médica Molino de San Roque y con el cual prestan servicio a la población beneficiaria del programa Oportunidades se muestra en las siguientes tablas:

Tabla No. 1. Mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio de medicina general o familiar

MOBILIARIO	
Asiento para el médico	✓
Asientos para el paciente y acompañante	✓
Mueble para escribir	✓
Guarda de medicamentos, materiales o instrumental	✓
Sistema para guarda de expedientes clínicos	✓
Asiento para el médico en la exploración del paciente	
Banqueta de altura o similar	✓
Mesa de exploración con aditamento para las piernas	✓
Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable	
Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para Residuos Peligrosos	✓ Solo el primero

Tabla No. 2. Mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio de medicina general o familiar

EQUIPO	
Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal (1)(2)	✓
Estetoscopio biauricular	✓
Estetoscopio Pinard	
Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional)(2)	
Báscula con estadímetro (1)(2)	✓
Báscula pesa bebé (1)(2)	
Lámpara con haz direccionable	

Tabla No. 3. Mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio de medicina general o familiar

INSTRUMENTAL	
Caja con tapa para soluciones desinfectantes	
Espejo Graves 1.9 x 7.5 cm; 3.2 x 10 cm 3.5 x 11.5 cm	
Histerómetro Sims	
Martillo Percusor	
Pinza de anillos	
Pinza estándar, estriada, sin dientes	
Pinza, recta, fenestrada, estriada	
Pinza, tipo mosquito, curva	
Pinza para sujetar cuello de matriz	
Pinza, curva, con estrías transversales	
Porta aguja, recto, con ranura central, y estrías cruzadas	
Pinza, longitud 24 cm	
Riñón de 250 ml	
Tijera recta	
Mango para bisturí	
Torundero con tapa	✓

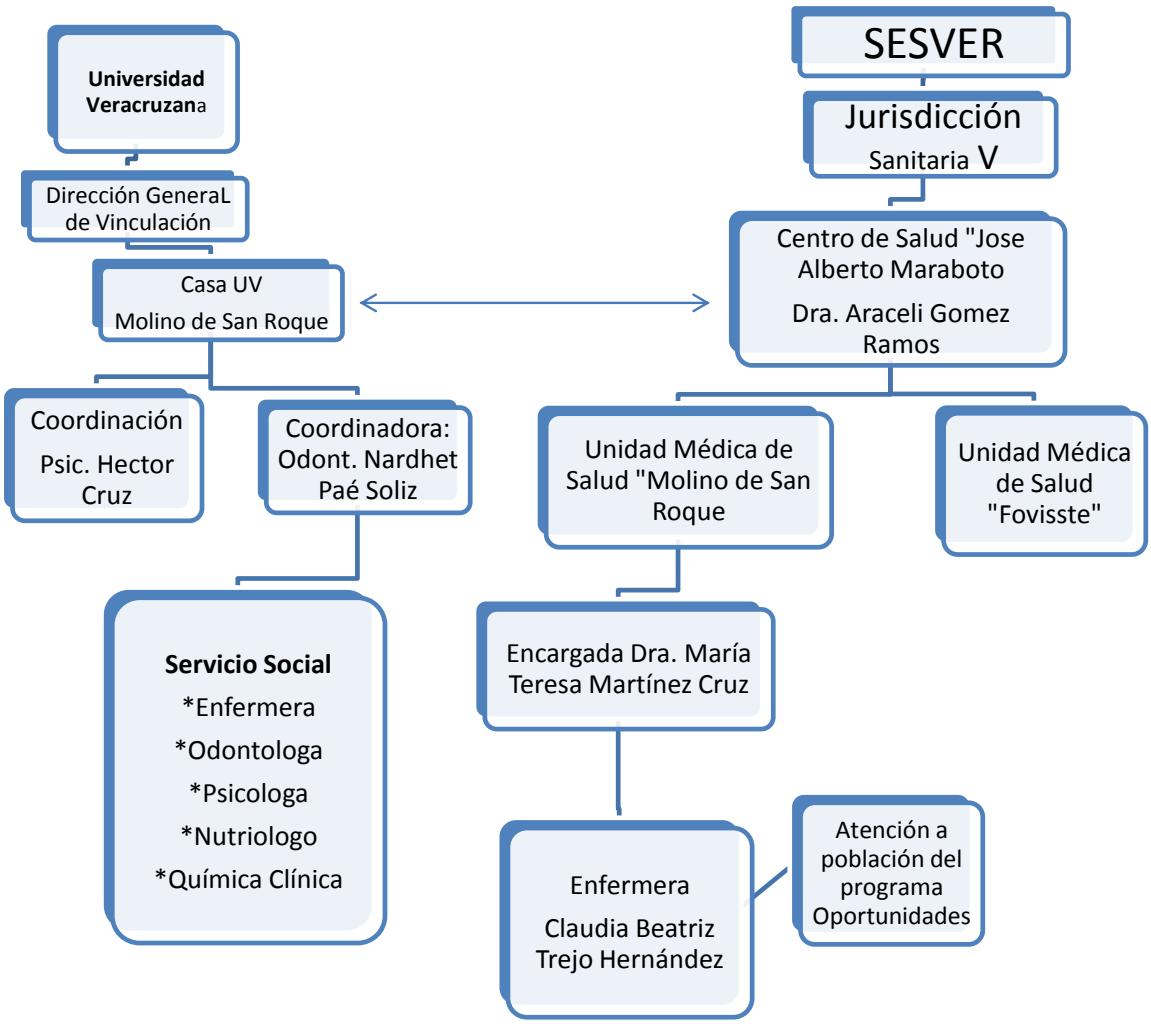
Tabla No. 4. Mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio de medicina general o familiar

MATERIAL DE CURACION	
Apósitos	✓
Gasas	✓
Algodón 500 g	✓
Sutura nylon 000	
Tela adhesiva	✓
Vendas elásticas diversas medidas	
Jeringas diversas medidas	✓
Vendas de yeso	
Guantes de hule estériles	✓
Campos estériles	

1.3.5. Características del personal de salud

La Unidad Médica de Molino de San Roque está compuesta por una doctora con contrato de base y una enfermera con contrato homologado. El horario establecido para la doctora de la unidad es de 8:00 am a 3:30 pm. El horario establecido para la enfermera es de 8:00 am a 8:30 pm.

Organigrama



1.3.6. Sistemas de información

Toda la información que se genera en la unidad de salud se reporta en los siguientes formatos:

- Sistema de información de consulta externa (SIS) el cual está constituido por 22 hojas y tres secciones.
- Formato de programa de oportunidades S1, formato que se utiliza para registrar a las titulares y familiares beneficiarios del programa, así como edad, sexo, asistencia a programas preventivos y consultas de salud.
- Las enfermedades epidemiológicas, en caso de ser de primera vez, se notifican al Centro de Salud José A. Maraboto.

1.4. Marco jurídico

Uno de los principales objetivos del diagnóstico es conocer el estado de salud de una población; para ello se toma a la salud en general, como un derecho de la colectividad. Este estudio está enmarcado en la Ley General de Salud, la cual reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona y se basa principalmente en los artículos 1°, 2°, 3° y 6°.

En el Artículo 1° se establecen las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

En el Artículo 2° en su fracción V se hace referencia al disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

El Artículo 3° de esta misma Ley se propone en su fracción II que la atención médica, preferentemente será en beneficio de grupos vulnerable.

En el Artículo 6° contempla que la Ley que Sistema Nacional de salud tiene los siguientes objetivos: I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

Por otro lado en el título 3°, capítulo 1, art. 23 de la Ley general de Salud se establece que los Servicios de Salud son 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 la colectividad.

Se agregan los Artículos 33 y 77 Bis 1, en los cuales se establecen por un lado las actividades de la atención médica como son: Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica y Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; por otro lado establece que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al

Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

Finalmente, en el Artículo 77 bis 3 determina que las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este título[15].

2. Planteamiento del problema

2.1. Delimitación del problema

La Unidad Médica Molino de San Roque es considera como una unidad dependiente del Centro de Salud José A. Maraboto y tiene como objetivo acercar la atención de los servicios de salud a la población. Sin embargo la atención se concentra solo en la población beneficiaria del programa de Oportunidades.

Se cuenta con un diagnóstico de salud previo de la Casa UV realizado por los alumnos de la MSP en el periodo Agosto-Diciembre 2007 donde la población de estudio se basó únicamente al área de responsabilidad de la Casa UV, y de acuerdo a este existe una necesidad de conocer y atender los problemas de salud de dicha población relacionados principalmente con sus condiciones de vida.

De acuerdo con información personal proporcionada por 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[14], sin embargo ¿Cómo podemos implementar estas acciones si no conocemos los principales daños de salud existentes de acuerdo a su presencia, distribución y frecuencia referente a la población usuaria del programa de Oportunidades pertenecientes al área de responsabilidad de la Unidad Molino de San Roque?.

Observamos que existe gran variedad de necesidades correspondientes a la población denominada urbana marginada, es decir que se encuentra dentro de una zona urbana como lo es la ciudad de Xalapa, Ver. pero sin las mismas oportunidades y acceso a servicios públicos, donde las condiciones de vida y específicamente de salud son diferentes y que sabemos de antemano que existe un vacío de conocimiento del proceso salud-enfermedad de la población con diferentes características socioeconómicas, educacionales y culturales.

2.2. Justificación

La finalidad será conocer la situación de salud de las familias beneficiarias del programa Oportunidades que son atendidas en la Unidad Médica Molino de San Roque, para que los tomadores de decisiones evalúen sus servicios en función de las necesidades de la atención.

De acuerdo a los resultados que se pretenden obtener se podrá implementar acciones de prevención y control de las principales causas prioritarias de morbilidad encontradas en el diagnóstico.

En este diagnóstico debemos destacar la importancia de conocer la morbilidad y factores de riesgo de la población objetivo. Ya que el servicio es limitado a un sector de la población, esto significa que existen más sectores de la población que no estén dentro del programa Oportunidades y por lo cual se desconoce la tasa de morbilidad.

La información que se pretende obtener será de gran importancia pues no existe un diagnostico anterior que dé una idea de la situación de la población beneficiaria del programa Oportunidades. Sin olvidar que el módulo médico es exclusivo para atención a estas familias.

Será interesante contar con un diagnóstico de la población de influencia, pertenecientes al programa Oportunidades, del módulo Molino de San Roque.

2.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles es la situación de salud y factores de riesgo asociados a los daños priorizados de la población perteneciente al programa de Oportunidades de la Unidad Médica Molino San Roque?

2.4. Objetivo general

Conocer mediante un diagnóstico la situación de salud y factores de riesgo asociados de la población perteneciente al programa Oportunidades de la Unidad Médica Molino de San Roque.

2.4.1. Objetivos específicos

- Identificar las características demográficas de la población beneficiaria del programa Oportunidades.
- Identificar los daños a la salud de la población en estudio.
- Establecer entre factores de riesgo de la población en estudio.
- Proponer recomendaciones para los servicios de salud y sociedad organizada en materia de promoción.

3. Metodología

3.1. Diseño de la investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que por sus fines y las características de la población este abordaje es el más adecuado para la obtención de los datos, teniendo las siguientes características metodológicas:

- Observacional, ya que no se le asigno ninguna exposición a los factores indagados, únicamente se revisó su presencia en la población.
- Descriptivo, por sus fines de conocimiento que se limitan a conocer y describir la situación de salud de las titulares beneficiarias del programas Oportunidades y sus familias.
- Tipo transversal por ser llevado a cabo en un sólo momento, obteniéndose una medición de las variables de interés, a través de un instrumento de recolección de datos.

3.2. Definición del universo y/o muestra

La población objeto de estudio fueron las titulares beneficiarias del programa Oportunidades y familia que acuden a la Unidad Médica Molino de San Roque en el semestre Agosto-Diciembre 2013.

El universo de estudio se conformó por 1,267 titulares beneficiarias del programa Oportunidades y familiares de cada titular registrada en los formatos S1, las cuales se encuentran divididas en los tres AGEBS de responsabilidad de la Unidad Médica.

La unidad de estudio fueron las titulares beneficiarias del programa, así como la familia de cada titular conformadas principalmente por el núcleo familiar básico y alguno (s) otros familiares de diversos parentescos, por lo que se tomó la información a investigar tanto de cada titular como de los individuos que son miembros de la familia.

La muestra se tomó con base al universo mencionado de 1,267 titulares del programa Oportunidades y sus respectivas familias, para el cálculo del tamaño de muestra se determinaron el número de unidades de estudio mediante la siguiente fórmula:

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

N = 1,267 (tamaño del universo de estudio)

Z = 1.96 (nivel de confianza)

P = 9.2 (prevalencia nacional de diabetes mellitus 2012, siendo P la proporción esperada = .092)

d = 0.05 (precisión seleccionada)

Sustituyendo los valores en la fórmula se obtuvo el valor de n´= 128 cuyo valor se dividió entre el tamaño del universo 1,267 teniendo como resultado 0.1010 resultado mayor a la precisión de 0.05, por lo siguiente se procedió al ajuste o corrección mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

El resultado del tamaño de muestra para el estudio fue de n = 117 número ya redondeado, se tomó en cuenta la tasa de no respuesta igual al 10% la cual se sumó a 117, finalmente el tamaño de muestra mínimo fue de n = 129

Para la selección de la muestra se utilizó un muestro de selección aleatoria de nivel superior, es decir se seleccionó al azar solo un AGEB (tomando en cuenta que cada AGEB representaba un conglomerado) de los tres que conforman el área de responsabilidad de la unidad médica, saliendo como elegido el AGEB 169-4 con sus respectivas colonias.

En un momento se tenía la intención de realizar un muestreo bietápico para la selección de la muestra en el que la segunda selección de conglomerados seria representando por las colonias del AGEB 169-4 ya elegido, sin embargo por el factor tiempo no se pudo ejecutar de esta manera.

Por siguiente la selección de la muestra se hizo a conveniencia, es decir de acuerdo al tamaño de muestra estimado se buscó la participación voluntaria de las titulares del programa Oportunidades que correspondían solo al AGEB 169-4.

Criterios de inclusión

- Que sea titular beneficiaria del programa Oportunidades vigente en el periodo de realización del estudio.
- Que radique en alguna de la colonias que comprendan el AGEB 169-A.
- Que sea mayor de 18 años y acepte participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- No aplica

Criterios de eliminación

Que el encuestado no conteste por lo menos el 90% de la información requerida en el cuestionario.

3.3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables e indicadores

Posterior a la priorización de daños se procedió a hacer un reparto de las enfermedades priorizadas por equipo quedando de la siguiente manera:

Tabla No. 5. Reparto de las enfermedades priorizadas por sede

Sede	Morbilidad	Mortalidad
UVISA	Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)	
UMF. 66	Infecciones Diarreicas Agudas (EDAS)	
Modulo Castillo	Hipertensión Arterial (HTA)	
C. S Col. Revolución		Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado
Modulo Molino de San Roque		Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA)
ISSSTE INMECAFE		Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

Cada equipo realizo la búsqueda de factores de riesgo documentados de cada enfermedad priorizada para morir y para enfermar, de esta manera se procedió a realizar la identificación de variables y definición operacional de las mismas con la finalidad de realizar la formulación de las preguntas que se integrarían en el cuestionario.

Tabla No. 6. Variables para el análisis demográfico del diagnóstico de salud

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable / 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 habitantes de la vivienda sea esta: Hombre Mujer	Nominal	Frecuencia absoluta y porcentaje de sexo Razón hombre mujer Porcentaje de la población por sexo.
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 habitantes de la vivienda.	Discreta	Frecuencia absoluta de edad Porcentaje de la población por grupos de edad (quinquenales) Pirámide poblacional.
Nacimiento	Es aquel que refiere a la finalización del embarazo humano, es decir, el momento en el cual el bebé deja el útero materno para empezar a formar parte del mundo**.**	Niños y niñas que nacieron en la vivienda del entrevistado entre enero y diciembre del año 2012	Cuantitativa De razón	Frecuencia de nacimientos

Tabla No. 7. Variables para el análisis socioeconómico del diagnóstico de salud

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Indicador
Condición de actividad Económica.	Situación que distingue a la población de 14 años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica, en la semana anterior a la aplicación del cuestionario.	Personas de 14 años y más, de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o que se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías para población económicamente no activa: estudiante, quehaceres del hogar, jubilado / pensionado, incapacitado permanentemente para trabajar o no trabaja.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas de 14 años o más cuya condición de actividad económica es: trabaja, tenía trabajo pero no trabajó, buscó trabajo, es estudiante, se dedica a los quehaceres de su hogar, es jubilado/pensionado, está incapacitado permanentemente, no trabaja.
Nivel de Vida	Disponibilidad de bienes materiales e instalaciones en la vivienda que proporcionan comodidad, acceso a algunos medios masivos de comunicación o facilitan las tareas domésticas.	Nivel económico familiar que refleje ingresos bajos (0 a 10), medios (11-29) y altos (30 a 55) en relación a los bienes materiales que poseen: Licuadora (1), Radio o radiograbadora (2), Televisor (3) DVD o blu-ray (4), calentador de agua (5), refrigerador (6), teléfono fijo (7), lavadora (8), computadora (9), automóvil o camioneta (10)	Cualitativa ordinal	Porcentaje de la familias con nivel de vida económico familiar bajo, medio y/o alto

Condición de alfabetismo	Proceso mediante el cual una persona puede aprender a leer y a escribir, dos actividades o funciones que le permitirán comunicarse con el resto de los seres humanos a un nivel más profundo y abstracto.	Condición de alfabetismo, situación que distingue a la población de 14 años o más según declara saber Leer y escribir un recado.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas mayores a 14 años en condición de alfabetas o analfabetas.
Nivel de Escolaridad	Estudio más alto aprobado por la población de 14 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional.	Personas de 14 años y más, que registren el grado escolar concluido. Los niveles son: primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas de más de 14 años con determinado nivel de educación concluido.
Material del piso de la vivienda	Clasificación de las viviendas particulares según el elemento predominante en los pisos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	El tipo de material con el que está elaborado principalmente el piso de la vivienda de que refiera el encuestado mayor de 18 años, se categorizará en: tierra, cemento o firme, mosaico, granito o mármol, madera u otros recubrimientos y/u otro. Especifique	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje del tipo de material con el que está elaborado el piso de la vivienda
Techo de la vivienda	Material predominante en el techo de la vivienda Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Tipo de material con el que se encuentra realizado el techo de la vivienda que refiera el encuestado en la entrevista, se categorizará en: Material de desecho o reciclado, lámina	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de material del techo de la vivienda

		de cartón, lámina de asbesto o metálica, palma o madera, teja , concreto tabique ladrillo o cerrado con viguería y/u otro. Especifique		
Material de pared o muro	Material predominante en las paredes de la vivienda Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Tipo de material con el que se encuentra realizado las paredes y de la vivienda que refiera el encuestado se categorizará en: Ladrillo, block o concreto, material de desecho o reciclado, lámina de cartón, lámina de asbesto o metálica, carrizo, bambú o palma, embarro o bajareque, madera y/u Otro. Especifique	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de material de las paredes de la vivienda.
Tipos de disponibilidad del agua	Clasificación de las viviendas particulares según la forma en que los ocupantes se abastecen de agua para consumo personal y doméstico. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Forma en que se abastece de agua para consumo y uso doméstico en la vivienda que refiera el encuestado se categorizará en: De la llave dentro de la vivienda, de la llave fuera de la vivienda, de pipa, de un pozo, río, lago, arroyo u otra, y/o de manantial.	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje del tipo de disponibilidad de agua de la vivienda
Cocina	Cuarto de la vivienda que se utiliza para preparar o calentar los alimentos, independientemente de que tenga otros usos.	Una vivienda tiene cocina cuando allí se pueden preparar los alimentos, sin importar si el cuarto para prepararlos también se utiliza	Cualitativa, nominal. Dicotómica	Porcentaje de las viviendas que cuentan con una habitación donde se preparan o calientan alimentos independientemente de que tenga otros usos.

		como dormitorio, sala, comedor, u otro. De acuerdo con las respuestas de los encuestados, éstas podrán ubicarse en dos categorías: con cocina o sin cocina		
Número de cuartos	Cuarto de la vivienda que se utiliza para dormir, independientemente de que también se realicen otras actividades. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Número de cuartos que refiera el encuestado que utilizan en la vivienda para dormir.	Cuantitativa Discreta	Frecuencia absoluta Media
Hacinamiento	Alojamiento de tres o más personas por habitación en una vivienda particular	Número de residentes del domicilio sobre número de habitaciones del mismo. Tres o más personas por habitación se considera hacinamiento	Nominal	Frecuencia absoluta. Porcentaje de la población que haya sido clasificada como hacinada.
Presencia de drenaje	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Se interrogará a las personas de la vivienda si cuentan o no con drenaje, para clasificar posteriormente el tipo de drenaje con el que cuenta, si cuenta con drenaje la vivienda o no cuenta con drenaje la vivienda.	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas que cuentan o no con drenaje
Conexión de drenaje	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas	Sistema de drenaje de la vivienda que refiera el entrevistado con las categorías: Al	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de cada una de las categorías del tipo de conexión de drenaje

	utilizadas	drenaje público, a la calle o cielo abierto, a una fosa séptica, a un río, lago o barranca u otro (especifique)		
Disponibilidad de tasa, excusado o sanitario	Distinción de las viviendas particulares según la existencia de una instalación sanitaria para el desalojo de los desechos humanos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	La instalación sanitaria en la vivienda que refiera el entrevistado para el desalojo de los desechos humanos, la cual se categorizará en: Sí o no	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con tasa, excusado o tasa
Conexión de agua del servicio sanitario.	Capacidad de la instalación sanitaria para recibir normalmente agua con descarga directa de un depósito (conexión de agua), o en forma manual, con la finalidad de eliminar los desechos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Es la vivienda que cuenta con instalación sanitaria con conexión de agua que refiera el encuestado, la cual se categorizará en: Sí o no	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con conexión de agua del servicio sanitario.
Tipo de desagüe de la instalación sanitaria de la vivienda.	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	El tipo de drenaje o desagüe con el que cuenta la vivienda que refiera el entrevistado la cual se categorizará en: al drenaje público, a fosa séptica, letrina con desagüe u otro (especifique).	Cualitativa Nominal politómica	Porcentaje de viviendas con desagüe a las distintas categorías
Uso de sanitario	Uso compartido de la instalación sanitaria con los habitantes de otra vivienda.	Es el uso exclusivo del sanitario, tasa o excusado que refiera el	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de las viviendas con uso exclusivo de sanitario para los habitantes.

	Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	entrevistado, siendo las categorías: Sí o no		
Disponibilidad de luz eléctrica	Distinción de las viviendas particulares según la existencia de luz eléctrica, independientemente de la fuente de que provenga	Es la vivienda que refiera el encuestado que cuente con o sin servicio de energía eléctrica sin importar la fuente de donde provenga.	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con energía eléctrica
Uso de combustible para cocinar	Cualquier material capaz de liberar energía cuando se oxida esto con el fin de preparar o calentar alimentos en la vivienda. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Combustible más utilizado para preparar o calentar alimentos en la vivienda, siendo las categorías: Gas, leña, carbón, u otro: especificar	Cualitativa nominal politomica	Porcentaje de viviendas que utilizan algún combustible para cocinar o calentar alimentos
Depósito de basura de la vivienda	Formas de eliminar la basura de la vivienda. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	De acuerdo a las formas de que las personas depositan la basura de la vivienda, esta se puede categorizar como: En bolsa, bote con tapa, bote sin tapa, en bolsa colocada dentro de un bote tapado, al aire libre u otro (especificar)	Cualitativa nominal politomica	Porcentaje de viviendas de acuerdo a la forma de depósito de la basura
Lugar de almacenamiento de la basura	Formas de almacenamiento de la basura de la vivienda.	De acuerdo a las formas de que las personas almacenan la basura de la vivienda, esta se puede categorizar como: Dentro de la vivienda, fuera de la vivienda u otro (especificar)	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas de acuerdo al almacenamiento de la basura
Destino de la basura	Formas de eliminar la basura de la vivienda	Es la forma de eliminación de la basura que refiera	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas de acuerdo al destino

	Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	el encuestado y se categorizará en: se recolecta por el servicio de limpia pública, se quema, se entierra u otros (especificar)		de la basura.

Tabla No. 8. Variables para el análisis sociocultural (estilos de vida) del diagnóstico de salud.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Indicador
Consumo de tabaco	Acción de ingerir tabaco de forma habitual.	Frecuencia de consumo	Personas que refieran consumir o consumían tabaco con base en la frecuencia, pudiendo ser: Diario, semanal, Mensual u ocasional	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas que consumen tabaco
		Cantidad de consumo	Personas que refieran la cantidad de cigarros que consumen o consumían con relación a la frecuencia mencionada	Cuantitativa De razón	Promedio de cigarros que consumen las personas
		Consumo dentro de la vivienda	Personas que refieran haber tenido o tener el habito de consumir tabaco dentro o fuera de la vivienda	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que consumen tabaco dentro o fuera de la vivienda
Alcoholismo	Es el conjunto de manifestaciones físicas, cognoscitivas y del comportamiento,	Presencia de Alcoholismo	El entrevistado referirá si alguna de las personas de la vivienda toma 7 cervezas o más copas a la	Cualitativa dicotómica	Frecuencia absoluta y Prevalencia

	que incluyen la presencia de distintos síntomas tales como: tolerancia al alcohol, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales.[8]		semana.		
		Control sobre las bebidas alcohólicas	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda puede dejar de beber cuando toma una copa.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas sin control sobre las bebidas alcohólicas
		Estado de embriaguez	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda se emborracha cada vez que bebe.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que llegan al estado de embriaguez.
		Incremento la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda bebe	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que han incrementado la frecuencia y cantidad en

			cada vez más cantidad de alcohol y con más frecuencia.		el consumo de alcohol.
		Deseo persistente de consumo de alcohol	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda desea continuar bebiendo a pesar de los problemas con la familia, trabajo, los amigos y accidentes.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que presentan deseo persistente de consumo de alcohol.
		Cambios de estado anímico	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda muestra cambios del estado anímico cuando bebe.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de personas que muestran cambios del estado anímico cuando beben.
		Reconocimiento del problema	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda reconoce que tiene un problema de alcoholismo.	Cualitativa Dicotómica	Frecuencia Porcentaje de personas que reconocen su problema de alcoholismo.
		Daños o accidentes	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda ha sufrido o provocado daños y accidentes cuando bebe.	Cualitativa Dicotómica	Frecuencia absoluta de personas que han sufrido o provocado daños y accidentes por el consumo de alcohol.

Ejercicio físico	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye los deportes, el ejercicio y otras actividades, tales como el juego, el caminar, las tareas domésticas, la jardinería o el baile. (OMS, Reporte de 10 datos sobre la actividad física, 2011).	Ejercicio físico	Personas que refieran realizar alguna actividad física, indicando cuánto tiempo le dedican a la actividad	Cualitativa Dicotómica	Frecuencia absoluta Porcentaje de personas que realizan ejercicio físico
		Tiempo de realizar ejercicio	Número de horas a la semana que la persona refiere realizar ejercicio físico	Cuantitativa De razón	Promedio de horas que realizan ejercicio físico
Higiene personal	La higiene personal es un grupo de prácticas individuales, como los hábitos de aseo personal, que sirven para mejorar o conservar la salud	Técnicas para estornudar y toser	Técnicas adecuadas o inadecuadas para proteger a las demás personas al estornudar o toser, considerando: -Adecuado: cubrirse con un pañuelo o con la parte interna del codo. -Inadecuado: cubrirse con la mano o no hacer nada	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con técnicas adecuadas e inadecuadas de higiene personal
		Frecuencia en la higiene personal (bañarse)	Frecuencia con que refiere el entrevistado bañarse en la semana, considerando: -Adecuado: 4 a 7 veces o más de 7 veces. -Inadecuado: 1	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con adecuada e inadecuada higiene personal

			a 3 veces		
Higiene de los alimentos (frutas y verduras)	Son las medidas necesarias para garantizar que los alimentos no se contaminen y conservar la salud de quien los consumen. Secretaría de salud		Son las medidas de higiene que el entrevistado realiza a las frutas y verduras y se categorizará en: nada, las come tal cual, las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta u otros (especificar)	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas que consumen tal cual las frutas y verduras
Percepción de la imagen corporal	Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste (Raich, 2001).		Selección de la silueta que mejor represente la imagen del encuestado, en un juego de nueve siluetas, considerando peso normal si el entrevistado refiere las siluetas 1, 2,3, sobrepeso si refiere las siluetas 4, 5,6 y obesidad si refiera alguna de las siluetas 7, 8,9. (Sorensen y colaboradores)	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con peso normal, sobrepeso y obesidad

Tabla No. 9. Variables epidemiológicas para el análisis de morbilidad de IRAs y EDAs de los daños priorizados

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable/ escala de medición	Indicador
Infecciones respiratorias agudas (IRAs)	Se denomina así a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días. Considerando como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: Resfriado común, Faringo amigdalitis, Otitis media, Crup u Neumonía	Casos nuevos acumulados de IRAS, ocurridos durante los últimos 30 días previos a la entrevista en los habitantes de la vivienda, enfocando mayor atención en los menores cinco años reportados por el entrevistado, considerándose las siguientes categorías, con o sin presencia de infección respiratoria aguda	Cualitativa Nominal dicotómica	Frecuencia absoluta y porcentaje de las personas que enfermaron por IRAS, señalando con énfasis en los grupos de edad vulnerable: niños menores de 5 años y adultos mayores de 60 años Incidencia acumulada de IRAS en el último mes previo a la entrevista
Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs)	Síndrome clínico que se acompaña de la expulsión frecuente de heces laxas o acuosas y a menudo otros signos y síntomas como vómitos, fiebre, deshidratación y desequilibrio de electrólitos. Es una manifestación de infección por muy diversos patógenos bacterianos, víricos y parásitos intestinales. Referencia: Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades	Casos nuevos de enfermedades diarreicas que en los últimos 30 días previos a la entrevista, refiera el entrevistado que hayan presentado algunos habitantes de la vivienda, enfocando más, atención a los menores de cinco años considerando la siguiente definición: Se define la deposición de tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas, con un episodio igual o menor a 14 días de evolución.	Cualitativa nominal dicotómica.	Incidencia acumulada de EDAS, en el último mes previo a la entrevista,

	transmisibles. 17ª ed. Chin J., editor. Washington, DC: OPS; 2001	Considerándose las siguientes categoría: con diarrea aguda o sin diarrea aguda		
Bajo peso al nacer	Niño o niña que pesa al nacer menos de 2,500 gr. (hasta 2 499 gr inclusive), independientemente de su edad gestacional. Referencia: NOM-034-SSA2-2010, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.	Es el peso corporal que refiera el entrevistado del niño o niña al nacimiento de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional, considerándose las siguientes categorías: Con antecedente de bajo peso al nacer es el peso del recién nacido de 2,499 gramos o menos, independientemente de su edad gestacional o sin antecedente de bajo peso al nacer el peso del recién nacido de 2,500 gramos o más independientemente de su edad gestacional.	Cuantitativa De razón	Porcentaje de menores de cinco años con y sin bajo peso al nacer
Ausencia de lactancia materna exclusiva	La ausencia de la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como único alimento durante los primeros seis meses de vida. Referencia: NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación en materia de alimentaria.	Niños y niñas menores de cinco años que refiera el entrevistado durante los primeros 6 meses a partir del nacimiento no recibieron otro alimento o bebida, incluyendo agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales, considerándose las siguientes categorías: con antecedente de lactancia materna exclusiva o sin antecedente de lactancia materna exclusiva	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de niños y niñas sin antecedente de lactancia materna exclusiva.
Ablactación	Es la incorporación a la dieta del lactante de alimentos distintos a la leche materna o su sucedáneo,	Es la edad de la incorporación a la dieta del niño o niña diferente a la leche materna que refiera el	Cuantitativa de razón	Media de edad en meses

	realizándose gradual y progresivamente a partir de los 6 meses de edad o de acuerdo con las necesidades específicas de cada lactante. Referencia NOM-131-SSA1-2012,	entrevistado.		
Nutrimentos para reducir el riesgo de enfermar por infecciones respiratorias agudas	Nutrimento es toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo. Las frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas A, C y D representan un factor protector contra infecciones respiratorias agudas.	Aporte de vitaminas A (brócoli, espinaca, leche y derivados, etc.); C (cítricos, berro, tomates, papaya, etc.); y D (pescado, huevos, vísceras, etc.) entre otros alimentos, que refirió consumir la persona y los miembros de su familia el día anterior a la entrevista, considerando como: Inadecuado el no haber consumido al menos una porción de cada uno.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con inadecuado consumo de alimentos ricos en vitaminas, A C y D
Atención de IRAS o EDAS en el menor	Conjunto de acciones para la, atención médica o personal de enfermedades, que se desarrollan con el fin de preservar o recuperar la salud del individuo, la familia o la comunidad.	Establecimiento de atención médica de salud donde asiste el entrevistado para la curación de IRAS o EDAS y se categorizará: médico de institución de salud (especificar institución), médico particular, farmacéutico, curandero, automedicación, nadie u otro (especificar) 588 No sabe 599 No responde	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de atención para IRAS.
Capacitación del responsable en el manejo de enfermedades IRAs y EDAs	Proceso de ayuda ofrecido al individuo orientada a resolver problemas de salud en el menor de 5 años.	Orientación en el manejo de IRAs y EDAs recibida por el responsable del menor de 5 años de edad.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de los responsables del menor de 5 años con orientación en el manejo de

				IRAs y EDAs.

Tabla No. 10. Variables para el análisis de cuidados del menor

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Indicador
Cuidado del niño menor de 5 años por parte de su responsable	Conjunto de actividades de higiene y cuidado que realiza el responsable del niño menor de 5 años.	Lavado de manos del menor de 5 años	Momentos en los que el responsable del menor de 5 años le lava las manos o verifica que este se las lave, considerando: -Adecuado. Antes de comer y después de ir al baño -Inadecuado. Hacerlo sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.	Cualitativa Nominal	Porcentajes de los responsables del menor con un cuidado adecuado e inadecuado del menor de cinco años
		Lavado de frutas y verduras que ingiere el menor de 5 años	Tipo de lavado que realiza el responsable del menor de 5 años de las frutas y verduras que este consume, considerando: -Adecuado. Las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta -Inadecuado. Las come tal cual sin lavarlas o desinfectarlas.		
		Agua que se le da a beber al menor de 5	Tipo de agua que provee el responsable al		

		años	menor de 5 años, considerando como: -Adecuado. La hierven, le ponen gotas desinfectantes, utilizan filtro, compran agua embotellada. -Inadecuado. La usan tal y como la obtienen de la llave.		

Tabla 11. Variables epidemiológicas para el análisis de las enfermedades crónicas de los daños priorizados, DM2, HTA y Cirrosis Hepática

Variable	Definición conceptual	Dimensión	definición operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Indicador
Enfermedad crónica	Estado que presenta síntomas con un tratamiento prolongado, abarca uno o más órganos, afecta el estado de salud de una persona o su funcionamiento psicológico y dura más de 15 días	Diabetes mellitus tipo 2	Casos existentes de diabetes en los habitantes de cada vivienda reportados por el entrevistado	Cualitativa Nominal	Frecuencia absoluta y prevalencia
		Hipertensión arterial	Casos existentes de hipertensión arterial en los habitantes de cada vivienda reportados por el entrevistado		
		Cirrosis hepática	Casos existentes de cirrosis hepática en los habitantes de la vivienda reportados por el entrevistado		
Antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	Transmisión de un conjunto de caracteres patológicos para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial que		Antecedentes de padres o abuelos que padezcan o hayan padecido diabetes o hipertensión arterial referido por el entrevistado	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con DM2 o HTA con antecedentes heredofamiliares

	es de padres a hijos				
Años de padecer Diabetes Mellitus tipo 2			Número de años transcurridos desde el diagnóstico de la DM2 del (s) habitantes de la vivienda que padezcan la enfermedad	Discreta	Media de años de las personas con DM2
Tratamiento para personas con Diabetes Mellitus tipo 2	Tratamiento que tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Tratamiento que lleva un individuo que fue diagnosticado por DM2, el cual incluye: Ejercicio físico	Ejercicio físico que el individuo diagnosticado con DM2 dice realizar o no		Frecuencia absoluta y porcentaje de personas con DM2 que hagan ejercicio físico
		Dieta especial	Conjunto de alimentos específicos que consumen diariamente los individuos con DM 2		Frecuencia absoluta u porcentaje de personas con DM2 que lleven una dieta especial
		Tratamiento medicamentoso	Medicamentos específicos que son recetados por el médico de una institución pública o privada y que debe seguir el individuo con DM2		Frecuencia absoluta y porcentaje de DM2 que lleven un tratamiento medicamentosos
		Lugar donde recibe el tratamiento	Lugar donde el entrevistado refiere que la	Cualitativa Nominal	Porcentaje de las personas con DM2 que

			(s) personas con DM reciben el tratamiento médico para la enfermedad siendo alguno de los siguientes: IMSS, ISSSTE, SSA/SEGURO POPULAR, PEMEX, MARINA, SEDENA, IMSS-OPORTUNIDADES, SAISUV, PRIVADA u OTRO, NO SABE. NO RESPONDE.		reciban tratamiento de la SSA/Seguro Popular
Tiempo y manejo de la hipertensión arterial	Tiempo que la persona lleva de ser diagnosticada con hipertensión arterial por un médico y la observación sobre el manejo de su hipertensión mediante tratamiento conductual y medicamentoso	Tiempo con la hipertensión	Número de años que las personas refieran tengan hipertensión arterial	Discreta	Años con hipertensión arterial
		Tratamiento para la hipertensión arterial	Personas con hipertensión arterial que manifiesten tomar o no tomar tratamiento medicamentoso para su control.	Cualitativa Nominal	Valores absolutos y relativos de personas con y sin tratamiento farmacológico.
		Institución donde obtiene el tratamiento	Institución de salud que refiera el entrevistado que le otorga el tratamiento		Valores absolutos y relativos de las diversas instituciones de salud que

			farmacológico a la (s) personas con HTA sea alguna de las siguientes: IMSS, ISSSTE, SSA/SEGURO POPULAR, PEMEX, MARINA, SEDENA, IMSS OPORTUNIDADES, SAISUV, PRIVADA u OTRO, NO SABE. NO RESPONDE		otorgan tratamiento farmacológico a las personas con hipertensión arterial.
		Apego al tratamiento medico	Entrevistados que refieran apego al tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio.		Valores absolutos y relativos de las personas que refieran o no apego a su tratamiento médico.
		Enfermedades agregadas	Personas que respondan tener colesterol alto y/o DM2		Porcentaje de personas que tengan hipercolesterolemia y diabetes
Consumo de alimentos procesados con alto contenido de sal como	Se refiere la frecuencia de consumo de alimentos procesados como enlatados, mortadela, jamones, condición de riesgo para la Hipertensión arterial		Opinión que emite la persona entrevistada sobre la frecuencia de su consumo de alimentos procesados y puede ser: si, no, no sabe y no contesta.	Cualitativa nominal	Porcentaje de personas entrevistadas que dicen consumir frecuentemente alimentos procesados en sí, no, no sabe y no contesta.
Cirrosis Hepática/Morbilidad	Es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas. Es un proceso que	Tipo de cirrosis hepática	Tipo de Cirrosis que el entrevistado refiera de la persona que la padece en la vivienda, pudiendo ser alguna de las	Cualitativa Nominal	Frecuencia absoluta de las categorías

	forma septos fibrosos y de nódulos de regeneración que causan la distorsión de la arquitectura y anatomía vascular normal		siguientes: Alcoholo-nutricional, por Hepatitis, Otra(Especifique), No sabe o No responde		
		Alcoholismo	El entrevistado referirá si las personas que padecen Cirrosis Hepática en la vivienda toman 7 cervezas o más copas a la semana.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje estimado de personas con Cirrosis hepática que presentan alcoholismo.
		Trasfusiones	El entrevistado referirá si las personas que padecen Cirrosis Hepática en la vivienda recibieron trasfusiones de sangre antes de 1990.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje estimado de personas con Cirrosis hepática que recibieron trasfusiones sanguíneas antes de 1990.

Tabla No. 12. Variables para el análisis de la información con la que cuenta la población sobre los daños priorizados para mortalidad

variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Indicador
Información sobre los síntomas de la Diabetes Mellitus tipo 2	Fenómeno patológico o alteración de la normalidad experimentada por la persona que es índice de enfermedad		Se considera a la persona informada si contesta conocer algunos de los siguientes síntomas de la DM2. Orinar con mucha frecuencia, tener mucha sed, tener mucha hambre, pérdida de peso, otros (especifique), no sabe o no responde		Porcentaje de personas que con y sin información sobre los síntomas de la DM2
Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2	Presencia de un estado no deseado y/o inesperado en la evolución prevista		Se considera a la persona informada si contesta correctamente conocer algunas de las siguientes complicaciones de la DM2: Retinopatía, nefropatía, pie diabético, neuropatía, cardiopatía, otros (especifique), no sabe o no responde	Cualitativa Nominal	Porcentaje de las personas con y sin información sobre las complicaciones de DM2
Causas de la Diabetes Mellitus tipo 2.	Aquello que se considera como fundamento u origen de algo		Se considera a la persona como informada si contesta correctamente conocer algunas de las siguientes causas de las	Cualitativa Nominal	Porcentaje de la población con o son información sobre las causa de la DM2

			DM2: Antecedentes de la enfermedad en los padres o abuelos, sobrepeso u obesidad, Sedentarismo o falta de ejercicio físico, mala alimentación, otros (especifique), no sabe o no responde		
Información de la Cirrosis hepática.	Información con la que cuenta una persona de cierto tema específico.	Causas	El entrevistado referirá si conoce las causas para enfermar por Cirrosis hepática.	Cualitativa politomica	Porcentaje estimado de personas que conocen las causas de la Cirrosis hepática.
			El entrevistado referirá todas las causas que conoce para enfermar por Cirrosis hepática, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Alcoholismo, hepatitis B, hepatitis C, hepatitis Medicamentosa, otros(Especificar), no sabe o no contesta	Cualitativa Politómica	Porcentaje estimado de personas por cada causa que mencionan conocer.
		Complicaciones	El entrevistado referirá si conoce las complicaciones para morir por Cirrosis hepática.	Cualitativa Politómica	Porcentaje estimado de personas que conocen las complicaciones para morir de la Cirrosis hepática.
			El entrevistado referirá todas las complicaciones	Cualitativa Politómica	Porcentaje estimado de personas por

			que conoce para morir por Cirrosis hepática, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Varices esofágicas, ascitis, síndrome hepato-renal, encefalopatía, hepática, otros(Especificar), no sabe o no contesta		cada complicación que mencionan conocer.
Información general sobre VIH/SIDA	Suceso capaz de transmitir conocimientos entre un emisor y receptor a través de un medio de comunicación, sobre aspectos generales del VIH/SIDA [1]	Información general sobre VIH/SIDA	Se considera informada si la persona encuestada contesta correctamente los ítems: 114-118, 124[b]-125[a]	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem
		Información sobre las vías de transmisión del VIH	Se considera informada si la persona encuestada contesta correctamente los ítems: 119-124[a]	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem
				Cualitativa Ordinal Nivel de información Nulo=0 Bajo = 1 o 2 Medio = 3 o 4 Alto = 5 o 6	Porcentaje de personas en cada nivel de información sobre transmisión del VIH
		Información sobre prevención del	Se considera informada si la persona	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información

		contagio de VIH	encuestada contesta correctamente al ítem: 125[b]		correcta
Información proporcionada por la unidad de salud	Suceso capaz de transmitir conocimientos entre un emisor y receptor a través de un medio de comunicación, proporcionados a la población por la unidad de salud a la que acuden		Se considera que la persona encuestada ha recibido información si contesta afirmativamente acerca de alguno (s) de los siguientes temas: Diabetes mellitus o azúcar, hipertensión arterial o presión alta, cirrosis hepática, VIH/SIDA, enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas, lactancia materna u otra (especifique)		

Tabla No. 13. Variables para el análisis de la información de recursos, servicios y programas de salud

variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Indicador
Derechohabiencia a la seguridad social	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: SAISUV, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, otra (especifique) o ninguna.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas según institución de seguridad social
Utilización de los servicios de salud	Instituciones de salud que usa con mayor frecuencia la familia		Las instituciones de salud que el entrevistado declare utilizan con mayor frecuencia los habitantes de la vivienda cuando se enferman, siendo alguna de las siguientes: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA,	Cualitativa Nominal	Porcentaje de familias según utilización de los servicios se salud por institución

			SAISUV, SSA/ Sin Seguro Popular, SSA/Con seguro popular, privadas, medicina tradicional, ningún lado u otra		
Uso habitual de los servicios de salud	Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y personal que forman parte del sector salud cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población (Maya Mejía JM., 2003).		nombre del lugar a donde el entrevistado acude habitualmente a los servicios de salud, para prevención, curación, cuidado y rehabilitación, para :consulta general, Médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas	Cualitativa nominal	Porcentaje de la población que acude habitualmente a los servicios de salud para las categorías mencionadas
Percepción de la calidad de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios salud que recibe para su atención	Consulta medica	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de consulta médica que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares ,	Cualitativa Ordinal Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas según opinión de la calidad de los servicios de salud recibidos. En buenos, regulares, malos, No aplica y no sabe/ no contesta.

			malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
		Consulta especializada	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de consulta especializada que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
		hospitalización	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de hospitalización que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta.		
		Estudios de laboratorio	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de		

			laboratorio que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta.		
		Radiografías	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de radiografías que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
		vacunas	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de vacunación que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
Percepción del gasto en el uso	Percepción que tiene la	.	Opinión que emite la	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas

de los servicios de salud	persona entrevistada sobre el gasto en que incurre la familia cuando utiliza los servicios de salud de mayor frecuencia		persona entrevistada sobre el gasto en transportes, comida, pagos al médico, medicamentos u otros pago cuando acude a los servicios de salud (consulta general, médico especialista, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) que utiliza la familia con mayor frecuencia, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta		entrevistadas, según opinión del bajo, medio y elevado
Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión y sugerencias que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia	Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buena, regular, mala o no aplica.	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena, regular, mala.
		Otros servicios que ofrece la	Otro tipo de servicios adicionales		Porcentaje de personas que mencionan

		unidad	a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) que ofrece la unidad a la que la persona entrevistada y su familia acuden con mayor frecuencia.		haber recibido servicios distintos a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) y cuáles.
		Sugerencias para mejorar los servicios de salud	Sugerencias que le entrevistado refiera para mejorar los servicios de salid a los que él (a) o su familia acuden		Porcentaje de personas con sugerencias propuestas y tipo de sugerencia.

Tabla No. 14. Variables para el análisis de los casos de mortalidad y causas

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Indicador
Defunciones	Permite conocer las causas por lo que fallece la Población y las características de ésta al morir.	Sexo	Sexo que el entrevistado refiera de las personas que fallecieron en la vivienda el año 2012.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de hombres y mujeres.
		Edad	Número de años o meses que el entrevistado refiera de las personas que fallecieron en la vivienda en el año 2012.	Cuantitativa de razón continua	Media de la edad de personas que murieron por la causa que el entrevistado mencione.
		Enfermedad o motivo de fallecimiento	Enfermedad que el entrevistado refiera causó la muerte de las personas que fallecieron en la vivienda en el año 2012. Pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cirrosis hepática, VIH/SIDA, diarreas, infecciones respiratorias, otros(Especificar), no sabe, no contestó	Cualitativa Politómica	Porcentaje de personas fallecidas por cada enfermedad.
		Silueta	Número de silueta que el entrevistado refiera de las personas mayores de 18 años.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con sobrepeso que fallecieron en la vivienda en el año 2012.
		Alcoholismo	El entrevistado	Cualitativa	Porcentaje de

			referirá si las personas que fallecieron en la vivienda el año 2012 tomaban 7 cervezas o más copas a la semana.	Dicotómica	fallecidos con la característica de alcoholismo.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La recolección de la información fue hecha a través de un cuestionario de preguntas cerradas, considerando que este instrumento resulta de gran utilidad cuando se trabaja con muestras grandes y se dispone de poco tiempo para la realización de la investigación.

3.5. Elaboración y prueba de los instrumentos de recolección de la información

La elaboración del cuestionario se realizó con base a las variables operacionalizadas que representaban los factores de riesgo documentados e investigados por los quipos de las sedes del diagnóstico de salud 2013 que partían de los daños priorizados, así como otras variables que dieran respuesta a las condiciones demográficas, económicas y servicios de salud.

El cuestionario fue elaborado por los alumnos de la generación 2013 de la Maestría en Salud Pública (MSP) en colaboración de los coordinadores y asesores internos del diagnóstico de salud 2013 en un tiempo de seis sesiones de aproximadamente cinco horas cada una. El procedimiento de la elaboración del cuestionario partió desde la operacionalización de las variables, presentación de las mismas ante los asesores interno y coordinadores con el fin de evaluar la ejecución de estas, que dio pasó a la construcción de las preguntas que darían respuesta a la búsqueda de la información.

Las preguntas realizadas por cada equipo fueron anexadas en el cuestionario, el cual fue integrado por la Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales, Investigadora del Instituto de Salud Pública, teniendo como resultado un cuestionario con un total de

128 preguntas o ítems, posteriormente fue sometido a una revisión exhaustiva por los alumnos, asesores y coordinadores del diagnóstico de salud con la finalidad de corregir aspectos de comprensión tanto para los alumnos como para los encuestados.

Se realizó una prueba piloto los días 26 y 27 de Octubre del presente año, donde cada integrante levanto dos encuestas, con la condición que las personas encuestadas vivieran bajo un contexto parecido o similar al de las personas que acuden a la sede de estudio, en este caso al del módulo Molino de San Roque, el objetivo fue conocer aquellas fallas principalmente de comprensión para el encuestado que pudieran tener algunas preguntas.

En general la mayor parte de las preguntas fueron comprensibles para las personas encuestados cumpliendo con el criterio de objetividad, sin embargo el tiempo de levantamiento por encuesta supero los 40 minutos como máximo y 18 minutos como mínimo, lo cual no cumple el criterio de rapidez lo que se justifica en algunos casos por el número de habitantes de la vivienda y el número de menores de cinco años que alargaron el tiempo en el levantamiento de la encuesta.

Nuevamente en una sesión con los coordinadores del diagnóstico de salud se hizo referencia a aquellas preguntas que no fueran del todo comprensibles (mínimas), durante la revisión se decidió aumentar cinco preguntas más al cuestionario y modificar algunas palabras, numero de respuesta etc. quedando como un total de 133 preguntas distribuidas en 13 páginas (ver descripción del cuestionario).

Finalmente, todo lo anterior nos permitió tener un cuestionario aprobado por los alumnos del MSP, así como por la Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales para el inicio de la aplicación a la muestra seleccionada.

3.6. Definición de los mecanismos para la recolección, el procesamiento y el análisis de la información

La recolección de la información se realizó en la unidad médica Molino de San Roque los días 30 de Octubre, 6 y 7 de Noviembre del 2013, con una duración de cinco horas por sesión.

El mecanismo para la recolección de la información se hizo en colaboración con las vocales del programa Oportunidades de las colonias que comprenden el AGEB 169-4; como ya se mencionó, la selección de la muestra fue a conveniencia por lo que el procedimiento que se llevó acabo fue mediante la comunicación con las vocales encargadas de una colonia en particular, donde previamente se les explico el objetivo del estudio, que se requería hacer en el lugar y con las beneficiarias del programa, dado la aceptación de cooperar con nosotros, la finalidad fue que ellas citaran en el módulo Molino de San Roque a las 129 titulares del programa Oportunidades que se requerían para el estudio durante las tres sesiones destinadas al levantamiento de las encuestas.

Finalmente se alcanzo el objetivo y se cubrió el número de encuestas, siendo estas levantadas a las 129 titulares beneficiarias del programa Oportunidades durante el tiempo destinado para la recolección de la información.

4. Recolección y procesamiento de la información

4.1. Descripción del instrumento de recolección de información (cuestionario).

El cuestionario final se compuso por 133 preguntas, dividido en diferentes secciones con la finalidad de facilitar el análisis de datos arrojados en cada una de estas áreas, a continuación se enumeran y describen brevemente estas secciones:

I. Ficha de identificación. Este apartado recopila la información referente a la ubicación, incluyendo tipo de localidad en la que viven los usuarios, así como lugar donde acuden a recibir atención médica.

II. Uso de los servicios de salud. Asistencia a atención médica, calidad de servicios y gastos.

III. Características demográficas. Que recopila información acerca del número de integrantes de la vivienda y sus nombres, recién nacidos, de igual manera características del encuestado y su familia tales como jefe de familia y parentescos, servicios de seguridad social que tienen y que utilizan con mayor frecuencia.

IV. Características de la población de 14 años o más. Este apartado tiene la finalidad de recopilar información de toda la población económicamente activa que asiste a la Unidad, informándonos sobre sus grados de estudio, analfabetismo, su ocupación, adicciones (tabaquismo y alcoholismo), tiempo destinado para realizar ejercicio, y percepción acerca de obesidad o sobrepeso.

V. Características de la población de 5 años o menos. Debido a que esta población es vulnerable a padecer enfermedades transmisibles, la finalidad de este apartado es conocer los factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas (IRAs) y enfermedades diarreicas agudas (EDAs) a los cuales puede encontrarse expuesto este grupo susceptible, por lo que se indagó acerca de la duración de la lactancia materna exclusiva, presencia de gripa, tos o diarrea en los

últimos 30 días, peso al nacimiento, así como hábitos de higiene y cuidados por parte del responsable del menor de 5 años.

VI. Personas diabéticas. A través de este apartado se determinan a las personas con diabetes que habitan la vivienda, así como el tiempo de evolución del padecimiento, el apego al tratamiento y servicio de salud donde lo recibe, además de la presencia de complicaciones de la enfermedad.

VII. Personas con hipertensión arterial. A través de este apartado se determinan a las personas con hipertensión arterial que habitan en la vivienda, el tiempo de evolución de padecer la enfermedad, el apego al tratamiento y servicio de salud donde lo recibe, así como la presencia o ausencia de enfermedades asociadas como colesterol elevado o diabetes.

VIII. Personas con cirrosis hepática. Este apartado permite conocer a las personas con dicho padecimiento que habitan la vivienda, el tipo de cirrosis y el tipo de servicio de salud en donde se trata, así como los factores de riesgo para esta enfermedad, tales como alcoholismo y transfusiones sanguíneas.

IX. Defunciones. Este apartado permite conocer las defunciones ocurridas durante el periodo comprendido entre enero-diciembre de 2012, sexo del fallecido, edad del fallecido, motivo de la defunción y si la persona fumaba o bebía al momento de su muerte.

X. Características de la vivienda. Incluye el tipo de materiales con los que están construidas las viviendas de los habitantes de los usuarios de la unidad, servicios públicos que disponen como drenaje y luz eléctrica, espacio para cocinar, número de habitaciones en las que duermen, manejo de la basura generada en el hogar, tratamiento de frutas y verduras antes de comerlas, insumos como los que cuenta la vivienda como radio, tv, lavadora, etc.

XI. Información de la persona entrevistada. Para conocer si la persona tiene factores de riesgo para padecer hipertensión arterial, consumo de vitaminas, higiene personal, conocimiento acerca de los siguientes temas de salud: diabetes

mellitus tipo 2, cirrosis hepática, hepatitis B o C, VIH/SIDA. Conocer si la persona entrevistada ha sido informada en la unidad de salud a la que acude con mayor frecuencia sobre los siguientes temas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cirrosis hepática, VIH/SIDA, enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, ya que a excepción de la lactancia materna fueron los daños a la salud que se priorizaron.

4.2. Descripción del procesamiento de la información

Posterior a la recolección de la información mediante los cuestionarios, se agregó un número a cada página con la finalidad de identificar por folio cada cuestionario.

El procedimiento empleado para el procesamiento de la información fue mediante la captura de la información proporcionada en cada cuestionario en una base de datos previamente elaborada y codificada en el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 22, posteriormente a la captura, se procedió a validar la base de datos que comprendió la búsqueda de valores perdidos, errores de captura y la verificación al azar de algunos cuestionarios ya capturados.

Finamente para el análisis estadístico de la información en dicho programa se procedió a la elaboración del análisis descriptivo, tablas de datos de frecuencias y porcentajes. La realización de gráficas, las cuales representan los datos de las tablas, se llevo a cabo en el programa Microsoft Excel 2010.

4.2.1. Indicadores utilizados para la descripción.

- Frecuencia absoluta de edad
- Distribución por edad en grupos quinquenales
- Pirámide poblacional
- frecuencia absoluta y porcentaje por sexo
- Distribución por colonia
- Distribución de acceso a los servicios de salud

- Porcentaje de alfabetas y analfabetas de 14 años o mas
- Distribución por nivel de escolaridad de 14 años o mas
- Ocupación durante la semana pasada en los mayores o igual a 14 años
- Porcentaje del consumo de tabaco en mayores o igual a 14 años
- Porcentaje de alcoholismo en mayores o igual de 18 años
- Porcentaje de personas con diabetes e hipertensión arterial en mayor
- incidencia de casos nuevos de IRAS y EDAS en los 30 días previos
- Frecuencia absoluta y porcentaje de la demanda y uso de los servicios de salud por los encuestados
- Frecuencia absoluta y porcentaje de la satisfacción de los servicios de salud que utilizan los encuestados
- Porcentaje de viviendas en condición de hacinamiento.

5. Resultados del diagnóstico de salud

5.1. Características demográficas

Con base al tamaño de muestra se logró encuestar en total 130 titulares beneficiarias del programa Oportunidades usuarias de la unidad médica Molino de San Roque pertenecientes al AGEB 169-4, y distribuidas en 3 colonias en su mayoría residentes de la colonia Plan de Ayala con el 59.2% (ver tabla No. 15):

Tabla No. 15. Distribución por colonia

Independencia	52	55.3 %
Plan de Ayala	77	59.2 %
Hidalgo	1	0.76 %
Total	130	100%

Fuente: elaboración con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

De las 130 titulares beneficiarias del programa Oportunidades dieron referencia del total de individuos que residían en el momento del estudio en la vivienda, teniendo como un total 629 individuos, donde se observa una mayor frecuencia en mujeres con un 51.4% y el 48.6% son hombres (ver tabla No. 16):

Tabla No. 16. Distribución por sexo

Hombres	306	48.6 %
Mujeres	323	51.4 %
Total	629	100 %

Fuente: elaboración con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

De acuerdo a la distribución por sexo y edad en grupos quinquenales, se observa que la muestra de estudio hay predominio en el grupo de edad de 10-14 años es con 113 preadolescentes en su mayoría hombres, seguido por el grupo de edad

de 5-9 años de edad con 97 niños en su mayoría mujeres, seguidos por el grupo de edad de 15-19 años con 71 adolescentes donde la mayoría son hombres, estos datos son de gran importancia debido a que se observa que la mayoría de los sujetos están insertos en edades desde la infancia hasta la adolescencia (ver tabla No. 17), esto nos da respuesta a que uno de las prioridades del programa Oportunidades es tener hijos que se encuentran en algún grado de estudios para contribuir económicamente y disminuir la deserción escolar.

Tabla No. 17. Distribución por sexo y edad por grupo quinquenal

Grupo quinquenal	Hombre	Mujer	Total
0-4	31	20	51
5-9 AÑOS	46	51	97
10-14 AÑOS	59	54	113
15-19 AÑOS	39	32	71
20-24 AÑOS	24	25	49
25-29 AÑOS	8	23	31
30-34 AÑOS	21	33	54
35-39 AÑOS	22	26	48
40-44 AÑOS	17	20	37
45-49 AÑOS	16	12	28
50-54 AÑOS	4	6	10
55-59 AÑOS	10	7	17
60-64 AÑOS	4	5	9
65 Y MAS	5	9	14
Total	36	323	629

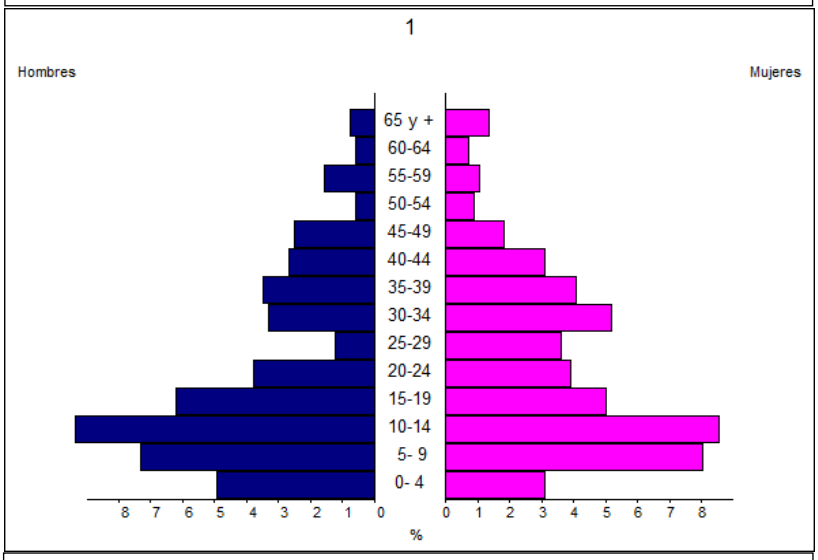
Media: 23.25
Mediana: 18.00
Moda: 11
Mínimo: 0
Máximo: 92

Fuente: elaboración con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

Con base a la distribución por sexo y edad se obtuvo la siguiente pirámide poblacional de la muestra de estudio, donde se observa una pirámide de tipo regresiva, debido a que los nacimientos en comparación con el resto de la muestra de estudio son menores y se observa un estancamiento y por ende predominio en

los grupos de edad de niños, preadolescentes y adolescentes, y vuelven a descender las muescas de la edad adulta y de adultos mayores, sin embargo cabe mencionar que llama la atención el incremento de la muesca del grupo de edad de 30-34 años en mujeres que es donde creemos que se debe por otro criterio de inducción al programa, debido a que se les da mayor prioridad las mujeres que son madres solteras y jefas de familia, y por otra parte también da respuesta al número de infantes y niños presentes, ya que este grupo de edad en mujeres se encuentran edad fértil.

Figura #. Pirámide poblacional de la muestra de estudio de los usuarios de la unidad médica Molino de San Roque.



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

De acuerdo a la pirámide poblacional y los índices poblacionales que arrojo el programa Epidat en su versión 3.0, se deduce que el Índice de Masculinidad en esta población refiere que hay 106 nacimientos masculinos por cada 100 femeninos, se considera una población joven de acuerdo al índice de Friz.

En relación al número de hijos por cada 100 mujeres en edad fértil se registran en promedio 30 niños y de acuerdo a la tasa general de fecundidad se presentan 4 nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil.

Por otra parte las beneficiarias del programa Oportunidades hicieron referencia a que el 37.7% de mujeres, en su mayoría ellas mismas son jefas de familia, sin embargo hay una mayor frecuencia de hombres (ver tabla No. 18), la importancia de estos datos infiere que aun así el porcentaje de mujeres jefas de familia es alto y por esto se justifica en gran parte ser beneficiarias de dicho programa que cumple con uno de los objetivos primordiales del mismo.

Tabla No. 18. Frecuencia de jefes de familia por sexo

Sexo	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Hombre	81	62.3
Mujer	49	37.7
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

La frecuencia de los individuos que refirieron tener algún tipo de seguridad social es relativamente baja, con solo el 5.9% del total de individuos tienen algún tipo de seguridad social, e insertos en solo dos instituciones (ver tabla No. 19):

Tabla No. 19. Frecuencia de individuos con seguridad social

Institución	Frecuencia (n=629)	Porcentaje (%)
IMSS*	36	5.7
ISSSTE**	1	1
Ninguna	592	94.1
Total	629	100

Fuentes: elaboración propia con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.
*Instituto Mexicano del Seguro Social
**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

5.2. Características socioeconómicas

De acuerdo con las variables referentes a aspectos socioeconómicos en relación con la ocupación de los individuos mayores a 14 años que representaron un total de 368, refirieron haber realizado las siguientes actividades (ver tabla No. 20) durante una semana antes a la encuesta, donde se observa que el 53.6% refiero haber trabajado, seguido por el 19.8% que se dedican a quehaceres del hogar y el 14.5% son estudiantes.

Tabla No. 20. Tipo de ocupación referida una semana antes de la encuesta en los individuos mayores de 14 años.

Actividad	Frecuencia (n=368)	Porcentaje (%)
Trabajo	192	53.6
Tenía trabajo pero no trabajo	1	.3
Busco trabajo	5	1.4
Es estudiante	52	14.5
Se dedica a los quehaceres de su hogar	71	19.8
Es jubilado o pensionado	2	.6
Está incapacitado permanentemente para trabajar	5	1.4
No trabaja	30	8.4
No contestó	10	2.7
Total	368	100

Fuente: elaboración propia con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

Con base al nivel de escolaridad de acuerdo a la terminación y conclusión de estos. De los 386 individuos mayores de 14 años, en su mayoría con un 35% refirieron tener la primaria completa, seguido por el 25.6% con secundaria completa y el 24.4% con ningún tipo de estudio, solo el .5% tiene carrera técnica o comercial después del bachillerato, sin embargo ninguna persona refirió tener estudios profesionales.

Tabla No. 21. Frecuencia de estudios completos en los individuos mayores de 14 años.

Estudio	Frecuencia (n=396)	Porcentaje (%)
Ninguno	94	24.4
Primaria	135	35.0
Secundaria	99	25.5
carrera técnica o comercial (después de secundaría)	4	1.0
Bachillerato	34	8.8
carrera técnica o comercial (después de preparatoria)	2	.5
No sabe	18	4.6
Total	386	100

Fuente: elaboración propia con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

De estos 386 individuos, 48 es decir el 12.4% no saben leer y escribir un recado, en comparación con el 83.7% que si lo saben hacer, sin embargo la importancia de esta acción radica principalmente en el aspecto social, convivencia y comunicación del individuos, que tare consigo problemas que van desde la intimidación así como, riesgos a la salud, trabajos poco remunerables y en muchos sentidos la falta de esta acción básica se le ha asociado estrechamente con la pobreza.

Tabla No. 22. Frecuencia de individuos mayores de 14 años que no saben leer, ni escribir un recado.

	Frecuencia (n=386)	Porcentaje (%)
Si sabe	323	83.7
No sabe	48	12.4
No contesto	15	3.9
Total	386	100

Fuente: elaboración propia con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

En relación al nivel de vida medida por el puntaje del número de bienes materiales que poseen los individuos de la muestra de estudio, de acuerdo a la definición operacional se dividió en ingresos altos, medios y bajos, teniendo como mayor porcentaje los individuos con un nivel de ingreso medio 60.8. %, seguido por los de ingresos bajos cono el 33.1% y solo el 6.2% con ingresos altos, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 23. Nivel de vida de las familias encuestadas

Nivel	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Bajo (0-10 puntos)	43	33.1
Medio (11-29 puntos)	79	60.8
Alto (30-55 puntos)	8	6.2
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

5.3. Características de la vivienda

De las 130 beneficiarias del programa Oportunidades que fueron parte de la muestra de estudio, numero lógicamente equivalente al total viviendas que formaron parte de la encuesta.

El lugar en donde habitan las personas es un indicador muy importante para la calidad de vida de los residen en ella, aspectos físicos como los materiales con que está construida afectan la salud tanto física y mental de los habitantes, por lo que es importante considerar el material del piso, techos y muros, así como el espacio contabilizado en número de habitaciones, principalmente para dormir y el número de habitantes para obtener el hacinamiento el cual es considerado como un factor de riesgo principalmente para adquirir enfermedades de tipo infecciosas.

De acuerdo características de la vivienda de las 130 de las personas encuestadas, el 83.6% tiene piso de cemento firme, seguido por el 14.6% que tiene piso de tierra (ver tabla No. 24):

Tabla No. 24. Frecuencia del tipo de material del piso de las viviendas encuestadas

Material	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Tierra	19	14.6
cemento o firme	107	82.3
mosaico, granito o mármol	2	1.5
No contesto	2	1.5
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base a la encuestada del diagnóstico de salud, 2013.

El 81.5% de las viviendas tienen paredes de ladrillo, block o concreto que representan la mayoría, seguido por paredes de lámina o cartón con el 8.5% y el 0.8% refirió tener paredes de material de desecho o reciclado, las otras frecuencias se observan en la siguiente tabla:

Tabla No. 25. Frecuencia del tipo de material de las paredes de la vivienda

Material	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Ladrillo, block o cemento	106	81.5
Material de desecho o reciclado	1	0.8
Lámina de cartón	11	8.5
Lámina de asbesto o metálica	3	2.3
Madera	7	5.4
No contesto	2	1.5
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud 2013

El tipo de material con el que está hecho el techo de la vivienda, predomino lámina de asbesto o metálica con el 62.3%, seguido de techo de concreto, tabique, ladrillo o cerrado con viguería con el 26.2% y material de desecho o reciclado con un 4.6%, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 26. Frecuencia del material del techo de la vivienda

Material	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Material de desecho o reciclado	6	4.6
Lámina de cartón	5	3.8
Lamina de asbesto o metálica	81	62.3
Teja	1	.8
Concreto, tabique, ladrillo o cerrado con viguería	34	26.2
Otro	1	.8
No contesto	2	1.5
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base al diagnóstico de salud, 2013.

El 73.1% de las viviendas cuentan con sistema de drenaje en comparación con el 25.8% que no cuentan con sistema de drenaje, en su mayoría las viviendas que no cuentan con drenaje refirieron contar con fosa séptica.

Tabla No. 27. Frecuencia de viviendas que cuentan con drenaje

Respuesta	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Si	95	73.1
No	33	25.8
No contesto	2	1.5
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud 2013

El 95.4% de las viviendas cuentan con luz eléctrica o electricidad, sin embargo como se muestra en la tabla No. 28 un 2.3% es decir 3 viviendas carecen de la misma.

Tabla No. 28. Frecuencia de viviendas que cuentan con luz eléctrica o electricidad

Respuesta	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Si	124	95.4
No	3	2.3
No contesto	3	2.3
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

Respecto al lugar del cual obtienen el agua que usan en la vivienda el 60.0% refirió obtenerla de la llave fuera de la vivienda, seguido por el 36.9% que la obtiene de la llave dentro de la vivienda y el 1.5% de un pozo, rio, lago, laguna u otra fuente como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 29. Frecuencia del lugar donde obtienen el agua que usan en la vivienda

Respuesta	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
De la llave dentro de la vivienda	48	36.9
De la llave fuera de la vivienda	78	60
De un pozo, río, lago, arroyo u otra	2	1.5
No contesto	2	1.5
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud 2013

En relaciona al hacinamiento que se define como el alojamiento de tres o más personas por habitación en una vivienda particular, siguiendo la operacionalización de la variable se obtuvo que el 90.8% de las viviendas encuestadas tienen hacinamiento y el solo el 7.7% no tiene hacinamiento, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 30. frecuencia de viviendas con y sin hacinamiento

Hacinamiento	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Si	10	7.7
No	118	90.8
No contesto	2	1.5
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base al diagnóstico de salud, 2013.

5.4. Características socioculturales (estilos de vida)

Los estilos de vida representan una fuerte asociación a los principales problemas de salud, las aspectos sociales y ambientales que influyen en el individuo por hacerlo tomar conductas y prácticas de riesgo que con el paso del tiempo puedan convertirse en aspectos culturales que formen parte de la sociedad y se vean de manera normal y adecuada, el hábito tabáquico, el sedentarismo, el sobrepeso u obesidad representan lo que son estilos de vida inadecuados que tienen un gran impacto y potencial de convertirse en factores de riesgo para la salud de la población.

Dentro de la muestra de estudio, 386 individuos tienen 14 o más años de edad de los cuales el 14.5% fuman actualmente, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 31. Frecuencia de personas que fuman actualmente

Respuesta	Frecuencia (n=386)	Porcentaje (%)
Si	56	14.5
No	330	85.5
Total	386	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

En relación a los individuos que consumen habitualmente más de 7 cervezas o copas a la semana que de acuerdo a esta definición se considera alcoholismo, el cual se presentó en un porcentaje relativamente bajo del 3.9%, comparado con el 96.1% que no lo hacen como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 32. Frecuencia de personas con alcoholismo		
Respuesta	Frecuencia (n=386)	Porcentaje (%)
Si	15	3.9
No	371	96.1
Total	386	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

Por otra parte del total de la muestra de estudio, 318 refirieron tener 18 años o más, de los cuales el 30.2% realizan ejercicio físico de manera cotidiana, en comparación con el 69.8% que no tienen el hábito de realizar ejercicio físico de manera cotidiana (ver tabla No. 33), gran parte de las personas que refirieron realizar ejercicio físico fueron las usuarias de la unidad, y mencionaban que realizaban los ejercicios como parte de un taller del cual formaban parte en dicho lugar.

Tabla No. 33. Frecuencia de la población de 18 años o más que realizan ejercicio de manera cotidiana

Respuesta	Frecuencia (n=318)	Porcentaje (%)
Si	96	30.2
No	222	69.8
Total	318	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

De acuerdo a la percepción emitida por las beneficiarias encuestadas en relación a las figuras y su parecido con los individuos de 18 años o más, la clasificación se realizó de acuerdo a la operacionalización de la variable que de acuerdo a la figura seleccionada se determinaba el peso del individuos, sea esta normal, con sobrepeso y obesidad.

De los 247 individuos de 18 años o más que respondieron y accedieron a participar en esta pregunta, el 42.9% es considerado con peso normal, seguido por el 38.1% con sobrepeso y 19% con obesidad (ver tabla No. 34). Cabe mencionar nuevamente que el resultado de este variable fue solamente la percepción emitida de las encuestadas.

Tabla No. 34. Frecuencia de la percepción de la imagen corporal		
	Frecuencia (n=247)	Porcentaje (%)
Peso normal	106	42.9
Sobrepeso	94	38.1
Obesidad	47	19
Total	247	100

Fuente: elaboración propia con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

5.5. Prácticas de higiene en alimentos

La importancia de las prácticas de higiene para con los alimentos recae en la prevención y protección a la salud, principalmente en menores susceptibles a diversas enfermedades de tipo gastrointestinales, sin embargo el buen lavado y desinfección de las frutas y verduras contribuye a la mejora de las condiciones de la protección específica que debe tener cada individuo.

De acuerdo a la pregunta de que hace con las frutas antes de consumirlas, las encuestadas, en su mayoría hicieron referencia a que las lavaban con agua y jabón con el 56.9%, las lavan y desinfectan con el 30.8% y solo 1 persona menciono que las consume tal cual, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 35. Frecuencia del tratamiento que le dan a las frutas antes de su consumo

Tratamiento	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Nada, las come tal cual	1	.8
Las desinfecta con gotas desinfectantes	12	9.2
Las lava con agua y jabón	74	56.9
Las lava y las desinfecta	40	30.8
No contesto	3	2.3
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

Con base al tratamiento que le dan a las verduras antes de consumirlas se asemeja al de las frutas, con el 43.8 que refirieron lavarlas con agua y jabón, seguido de las que las van y desinfectan con el 37.7% y solo 1 persona menciona comerlas verduras tal cual estén, como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla No. 36. Frecuencia de tratamiento que le dan a las verduras antes de su consumo

Tratamiento	Frecuencia (n=130)	Porcentaje (%)
Nada, las come tal cual	1	0.8
Las desinfecta con gotas desinfectantes	17	13.1
Las lava con agua y jabón	57	43.8
Las lava y las desinfecta	49	37.7
Otros	1	0.8
No contesto	5	3.8
Total	130	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

5.6. Daños a la salud: Priorización

5.6.1. Definición de los daños a la salud priorizados

Enfermedades diarreicas agudas: de acuerdo con la OMS se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.

Infección Respiratoria Aguda: En esta se asume como Infección Respiratoria Aguda (IRA) al conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos, con evolución menor a 15 días, donde la forma más común de presentación, es la Rinofaringitis Aguda Catarral , con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre y que en ocasiones se complican con neumonía[7].

Según la OMS la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

La cirrosis hepática es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas. Es una alteración histopatológica difusa del hígado caracterizada por pérdida del parénquima hepático, formación de septos fibrosos y nódulos de regeneración estructuralmente anormales, dando lugar a una distorsión de la arquitectura hepática normal y a una alteración de la anatomía de la vascularización hepática y de la microcirculación[8].

5.6.2. Priorización

La priorización es el proceso de identificación y jerarquización de daños, con mayor impacto en la población que se desea estudiar. Se entiende por daños a la salud, el impacto sobre la salud y vida de los habitantes de un lugar generan causas de morbilidad y mortalidad identificadas previamente. Dado que no sería factible centrar la atención de todas las causas de enfermedad y muerte en una población, es necesario recurrir a la jerarquización en razón de criterios específicos que den cuenta y dimensión, su impacto y sus posibilidades de atención.

5.6.3. Criterios de priorización

Para priorizar los daños a la salud, tanto morbilidad como mortalidad se atendieron los siguientes criterios: magnitud (nos dice el tamaño del daño), trascendencia (impacto social del daño) y vulnerabilidad (referido a la posibilidad de reducir el daño)[9].

Tabla No.37. Variables para la priorización de daños.

Morbilidad	Mortalidad
Nos permite conocer que enferman o padecen los habitantes de una población.	Nos permite conocer la magnitud con la que se representa la muerte de los habitantes de una población en un momento determinado y puede estimarse para todos los grupos de edad y sexo y para una o varias o todas las enfermedades.
Magnitud Se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad en particular entre la población en riesgo a mitad de periodo, mediante el indicador de incidencia acumulada.	Magnitud Número de defunciones por causa específica para cada grupo quinquenal de edad entre la población total (en riesgo) del grupo quinquenal en el periodo correspondiente y se obtiene mediante el indicador de tasa de mortalidad por causa especifica (TMC).
Trascendencia Número de defunciones por causa entre la población en riesgo a mitad de periodo, mediante el indicador tasa de mortalidad por causa especifica (TMC).	Trascendencia; Es la sumatoria de los años que dejan de vivir de acuerdo con la esperanza de vida para un periodo y causa en particular, y se obtiene mediante el cálculo de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP).
	Vulnerabilidad; es la comparación de las defunciones observadas en una población y para una causa

	especifica con respecto a las que se podrían esperar si se aplicaran las tasa específicas de mortalidad de una población diferentes conocida como población de referencia, se obtiene mediante el cálculo de la razón estandarizada de mortalidad (REM).

5.6.4. Proceso de priorización y resultados

Para la priorización de daños se utilizó la mortalidad por causa específica de la población de Xalapa, Ver. Ocurrida en el año 2012, así como la población a mitad de periodo del mismo lugar en los mismos periodos.

La morbilidad se obtuvo de las principales causa de enfermedad de población usuaria del centro de salud José A. Maraboto de Xalapa, Ver. Ocurridas en el año 2012, los servicios de salud de Veracruz nos proporcionaron las tasas de morbilidad específicas, por lo que no fue necesario obtener las tasas para cada grupo de edad quinquenal.

I Cálculo la tasa de Mortalidad por Causa específica (TMC)

1) Se utilizó el número de defunciones por causa específica entre la población a mitad de periodo del año 2012

II Cálculo de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

1) Se utilizó el número de defunciones por causa específica para cada grupo de edad.

2) Posterior se calculó el punto medio de cada intervalo, sumando los valores de los extremos de cada rango de edad, agregando 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) Al final se calculó cuantos años dejó de vivir cada persona que falleció restándolos a la esperanza de vida (73.58), 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 específicas por causa y grupo de edad de la población de referencia.

2) Para obtener las muertes esperadas, se multiplicaron las tasas de mortalidad de cada grupo de edad de la población en estudio y se procedió a dividir entre 100,000.

3) Se utilizaron las muertes observadas por esa causa en cada grupo de edad y se sumaran a las muertes esperadas y observadas.

4) Para finalizar se obtuvo la REM dividiendo el total de las muertes observadas entre el total de las muertes esperadas.

5) Para concluir el proceso de priorización se multiplicó el valor de la TMC por los AVPP y la REM, de esta manera el resultado nos indicó la prioridad de mayor puntaje a mayor prioridad.

Se realizó la priorización de daños en forma grupal para mortalidad, y se hizo a nivel municipio de Xalapa, pues no se contaba con la información de la sede.

Para la priorización de morbilidad se tomaron las tasas de incidencia de morbilidad del centro de salud Maraboto y para priorizar se usó la tasa de mortalidad de Xalapa.

5.7. Daños a la salud y factores de riesgo priorizados para cada daño.

Morbilidad

Con base a los daños a la salud que presentaron los individuos dentro de los últimos 30 días previos a la encuesta de tipo agudo, es decir aquellos padecimientos que tuvieron una duración menor a 15 días, el 12.9% presento alguna enfermedad de este tipo (ver tabla No. 38), donde en su mayoría refirieron haber tenido tos, gripe, fiebre, dolor de garganta, las cuales fueron clasificadas como IRAS que representaron el 96.3% y solo el 3.7% refirió haber tenido infección estomacal y diarrea, clasificadas como EDAS (ver tabla No. 39).

Tabla No. 38. Frecuencia de enfermedades agudas en la muestra de estudio

Presento	Frecuencia (n=629)	Porcentaje (%)
Si	81	12.9
No	548	87.1
Total	629	100

Fuente: elaboración propia con base a la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

Tabla No. 39. Frecuencia de IRAS y EDAS en la muestra de estudio

Presento	Frecuencia (n=81)	Porcentaje (%)
IRAS	78	96.3
EDAS	3	3.7
Total	81	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

Centrando la atención del estudio en los daños priorizados de morbilidad para EDAs e IRAs en el grupo de edad de menores de 5 años, con motivo de la importancia que representa el estudio de estas enfermedades en este grupo de edad debido a la vulnerabilidad y complicaciones que podrían provocar en los menores y que en gran parte pueden ser prevenibles.

Del total de los individuos de la muestra de estudio 51 que representa el 8.11% son menores de 5, de los cuales más de la mitad el 54.9% presentaron alguna infección de tipo aguda como tos y gripe, clasificadas como IRAs, esto en último mes previo a la entrevista, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 40. Frecuencia de IRAs en menores de 5 años

Presento	Frecuencia (n=51)	Porcentaje (%)
Si	28	54.9
No	23	45.1
Total	51	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

En relación a la presencia de EDAs en los menores de 5 años de edad tenemos que el 13.7% presentaron diarrea agudas en los últimos 30 días previos a la encuesta, y el 86.3% en mayor frecuencia de los que no presentaron, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 41. Frecuencia de EDAs en menores de 5 años

Presento	Frecuencia (n=51)	Porcentaje (%)
Si	7	13.7
No	44	86.3
Total	51	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

El otro daño a la salud priorizado para morbilidad fue la Hipertensión Arterial (HTA) como padecimiento de tipo crónico de la cual se indago su presencia en mayores o igual a 20 años como lo indica la NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

El grupo de edad de 20 y más años representa el 47.22% del total de la muestra de estudio, de los cuales el 6.7% padece HTA diagnosticada por algún médico, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 42. Frecuencia de individuos que tienen Hipertensión Arterial (HTA)

Presenta	Frecuencia (n=297)	Porcentaje (%)
Si	20	6.7
No	277	93.3
Total	297	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

Mortalidad

En relación a los daños priorizados para morir que son diabetes mellitus tipo 2 (DM2), cirrosis hepática (CH) y otras complicaciones del hígado y VIH/SIDA, se indago la presencia tanto de DM2, CH y el VIH/SIDA únicamente se limitó al estudio de la información con la que cuentan los individuos encuestados.

Al igual que la HTA la DM2 se indago únicamente en la población de mayor a 20 años de edad, de la cual el 5.3% padece DM2 diagnostica por un médico como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 43. Frecuencia de individuos que tienen diabetes mellitus tipo 2

Presenta	Frecuencia (n=297)	Porcentaje (%)
Si	15	5.3
No	272	94.7
Total	287	100

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud, 2013.

En relación a la CH y otras complicaciones no hubo casos de dicha enfermedad en los individuos de estudio mayores o igual a 20 años de edad.

Defunciones

Con base a las defunciones ocurridas durante el año 2012 en individuos de 18 o más años, solo se presentó una defunción a causa de la cirrosis hepática en un adulto hombre de 47 años, la persona encuestada refirió que tenía peso normal de acuerdo a la percepción de imagen corporal y era alcohólico.

6. Servicios de salud

6.1. Servicios que se ofrecen

Los servicios prestados por la doctora de la Unidad de Salud son principalmente consulta médica para población del programa Oportunidades, consulta de urgencias a población abierta, siendo estas en un horario de 8:00 am a 9:00 am, y la impartición de talleres manejando diversos temas los cuales ya están programados cubriendo un período de un año, actividad que refiere no llevar a cabo ya que son los pasantes en servicio social de la Casa UV los que encargan de brindarlas.

Respecto a las actividades que realiza la enfermera, están programadas a) la atención médica, que a su vez engloba las siguientes actividades: participación en consulta externa, entrega de cartillas, inyecciones, curaciones, terapia endovenosa, talleres comunitarios y elaboración de censos, b) atención a la salud de la infancia y adolescencia, c) planificación familiar y salud reproductiva, d) atención del adulto mayor, e) enfermedades transmisibles por vector, f) micobacteriosis, g) participación en la semana nacional de salud y h) urgencias epidemiológicas.

6.2. Análisis de la productividad en los servicios que se ofrecen

El período que se tomó para calcular la productividad de la doctora fue Enero-Octubre 2013. De acuerdo con la información registrada en el concentrado de actividades, en el cual solo se reportan consultas, durante el período antes mencionado, impartió un total de 2009 consultas, laborando 1012.5 horas según su contrato de base, en cual se estipula un horario de 7.5 horas de trabajo por día.

Tabla No.44. Promedio consulta por hora/médico de la Dra. María Teresa Martínez Cruz en el año 2013.

Mes	Consultas totales	Hrs laboradas/Mes	Prom. CxH/Médico
Enero	190	112.5	1.68
Febrero	183	97.5	1.87
Marzo	198	105	1.88
Abril	155	90	1.72
Mayo	248	112.5	2.20
Junio	143	75	1.90
Julio	238	105	2.26
Agosto	248	127.5	1.94
Septiembre	171	82.5	2.07
Octubre	235	105	2.23
Total	2009	1012.5	1.98

Fuente: Evaluación enero-octubre. C.S.U. “Dr. Jose A. Maraboto C.”

La productividad obtenida con esta información fue de 1.98 consultas por hora/médico en el período registrado.

6.3. Análisis de los programas que se ofrecen (coberturas y metas) relacionados con los daños priorizados

La doctora de la Unidad Médica refiere no manejar programas como tal, pero lleva un control de mujeres embarazadas y control para pacientes con diabetes mellitus. Aparte de estos controles que maneja, imparte talleres con distintas temáticas ya antes mencionadas.

6.4. Demanda de los servicios de salud por tipo (institucional, privados, alternativos, etc.)

Tabla No.45. frecuencia de la demanda de los servicios de salud

Instituciones	Demanda del Servicio n=130 (%)				
	Atención médica	Especialista	Hospitalización	Laboratorio	Radiografías
Hospital civil	1 (0.7)	76 (58.4)	38 (29.2)	32 (24.6)	34 (26.1)
CEMEV	3 (2.3)	-	54 (41.5)	27 (20.7)	39 (30)
Particular	32 (24.6)	4 (3.0)	1 (0.7)	20 (15.3)	6 (4.6)
IMSS	5 (3.8)	6 (4.6)	9 (6.9)	4 (3.0)	5 (3.8)
CS Maraboto	28 (21.5)	7 (5.3)	-	6 (4.6)	-
M. de San Roque	58 (44.6)	-	-	-	-
Casa UV	-	-	-	29 (22.3)	-
Cruz Roja	-	-	-	1 (0.7)	7 (5.3)
CREEVER	-	1 (0.7)	-	-	-
Caritas	-	-	-	1 (0.7)	-
DIF	-	-	-	-	1 (0.7)
No aplica	3 (2.3)	36 (27.6)	28 (21.5)	10 (7.6)	38 (29.2)

Fuente: elaboración propia con base en la encuesta del diagnóstico de salud 2013

En la demanda de servicios de salud por tipo e institución, el 44.6% de la población encuestada acude a consulta externa a al módulo Molino de San Roque, el 58.4% de la población refirió acudir al Hospital Civil a consulta con médico especialista, el 41.5% acude a hospitalización a Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV), el 24.6% utiliza los servicios de laboratorio en el Hospital Civil y el 30% demanda los servicios de radiografías del CEMEV.

6.5. Satisfacción de los usuarios por los servicios prestados

El 63.8% de la población encuestada considera que los servicios que recibe de la unidad de salud a la que mas acude son buenos, el 31.5% los considera regulares, el 3.8% los considera malos y el 0.8% no contesto.

Tabla 46. Satisfacción de los usuarios hacia los servicios de salud n=130 (%)

Servicio de salud	Buenos	Regulares	Malos	No sabe/no contesta	No aplica	total
Consulta general	**97 (74.6)**	25 (19.2)	5 (3.8)	0	3 (2.3)	130 (100)
Consulta especialista	**75 (57.7)**	17 (13.1)	4 (3.1)	0	34 (26.2)	130 (100)
Hospitalización	**71 (54.6)**	23 (17.7)	4 (3.1)	0	32 (24.6)	130 (100)
Estudios de laboratorio	**104 (80)**	15 (11.5)	2 (1.5)	1 (.8)	8 (6.2)	130 (100)
Radiografías	**84 (64.6)**	10 (7.7)	3 (2.3)	0	33 (25.4)	130 (100)
Vacunas	**109 (83.9)**	15 (11.5)	2 (1.5)	0	4 (3.1)	130 (100)

Fuente: encuesta del diagnostico de salud 2013.

6.6. Problemas detectados en la prestación de servicio

En referencia a la prestación de los servicios de salud por el núcleo básico de Molino de San Roque, en el marco del Diagnóstico de Salud, se realiza una encuesta a la población atendida, de lo cual se obtiene que la percepción de las personas encuestadas que refieren acudir de manera regular a recibir atención se encuentran los siguientes:

- Demandan una atención más rápida y menos tiempo de espera.
- Requieren de un mejor trato e igualdad
- Opinan que es necesario contar con más equipo y una farmacia en el módulo, ya que se quejan de la falta de medicamento.
- Observan ausencia de los doctores y la necesidad de más personal médico
- Demandan que se les respete el Seguro Popular
- Expresan que se les atienda cuando hay urgencias
- Quieren que haya personal capacitado.

7. Conclusiones y recomendaciones para la implementación de acciones en la unidad de salud.

7.1. Conclusiones

De acuerdo con los objetivos planteados para el estudio en primer lugar tenemos que las características demográficas se observa un predominio de las mujeres con el 51.4% en comparación con los hombres, los individuos que conforman la pirámide poblacional se considera joven, los grupos quinquenales de edad de 5-9 y de 10-14 años sobresalen en la misma, solo el 6.7% refirió tener algún tipo de seguridad social.

En cuanto a las características socioeconómicas, la población que se reporto ocupada fue de 53.6%. El 24.4% de la población total no tiene ningún tipo de estudio completo, esto puede explicar el porcentaje de población analfabeta que fue de 12.4%. De acuerdo con la definición operacional para el nivel de vida con base en la posesión de bienes materiales, el nivel de vida de la población es medio.

En las características de la vivienda, el 14.6% de las familias tienen piso de tierra, el 8.5% tiene paredes de cartón, el 62.3% de la población tiene techo de lámina de asbesto o metálica, el 25.8% de las viviendas no cuentan con drenaje y llama la atención que el 90.8% de la población vive en condiciones de hacinamiento.

Respecto a los daños priorizados, en la población de niños menores de cinco años se hallo una prevalencia de enfermedades diarreicas de 13.7%, que corresponde solo a 7 casos de una población de 54 niños. En infecciones respiratorias se encontró una prevalencia de 54.9%, que llama la atención ya que es superior a la media nacional y estatal, y un factor que se pudo asociar a esta prevalencia fue el hacinamiento, el cual está presente en la mayor parte de la población. Las prevalencias de diabetes mellitus e hipertensión arterial fue de 5.3% y 6.7%, ambas menores a la media estatal y nacional arrojadas por la encuesta nacional de salud y nutrición 2012.

Solo se presentó un caso de defunción asociado a cirrosis hepática, y los factores de riesgo asociados a diabetes mellitus e hipertensión arterial fueron los antecedentes heredo familiares y para las enfermedades transmisibles, el factor asociado fue el hacinamiento.

7.2. Recomendaciones para la implementación de acciones

- Capacitar al personal de salud para mejorar la calidad de la atención y trato al paciente en consulta general.
- Capacitar al personal de salud en las metas que plantea el programa Oportunidades.
- Mejorar las condiciones de infraestructura y mobiliario básicas.
- Fortalecer la vinculación del personal de la Casa UV y de la Unidad Médica para articular y fortalecer las acciones de prevención de las enfermedades.
- Incrementar el tiempo de atención a la consulta externa y de urgencia.
- Reforzar la promoción a la salud con base en los daños priorizados principalmente IRAs en menores de 5 años.
- Favorecer el acceso a medicamentos.
- Que se den los talleres a la población en general y no solo a los que presentan padecimientos.
- Reforzar los talleres para la orientación y manejo de IRAs y EDAs en menores de 5 años.
- Campaña de prevención de adicciones enfocadas al consumo de tabaco.
- Campaña permanente para la detección de HTA y DM2 en hombres y mujeres de 20 años y mas, por parte del núcleo básico en apoyo con la Casa UV.
- Evaluación sistemática integral respecto a la dinámica de atención ya que se observa que la atención a la salud en la población de estudio se ha reducido a un intercambio mecanizado entre los prestadores del servicio y los usuarios por lo que no se cubren las necesidades reales de la salud.

7.3. Experiencias de aprendizaje positivas y negativas

Nuestras experiencias positivas en este diagnóstico de salud fueron variadas, nos permitió aplicar lo aprendido en clase de una manera más práctica, así como obtener conocimientos que no se ven en clase. Aprendimos el diseño de un diagnóstico de salud, pudimos estar más cerca de la gente e interactuar directamente con ellos y conocer sus necesidades de propia voz. Así mismo, recibimos mucho apoyo del personal perteneciente a la Casa UV.

En cuanto a las experiencias negativas, el tiempo que se nos dio para realizar esta investigación fue muy corto, ya que solo pudimos ir un día a la semana y en un horario matutino. La asesora externa, la doctora encargada de la unidad de salud, no demostró tener muy en claro sus funciones, y el tiempo que nos brindo para asesoría fue poco.

Al interior del equipo, tuvimos muchos roces debido a los diferentes puntos de vista y a que tenemos distintas formaciones profesionales. Sin embargo, se trato de realizar el trabajo lo mejor posible.

8. Referencias bibliográficas

1. Macedo CG. Diagnóstico de la salud. La Salud en las Américas: Documento conceptual y operacional.
2. Navarro V. Políticas públicas y sociales de la Universidad de Pompeu Fabra.
3. Secretaria de Salud. Guía metodológica básica para la atención médico familiar, protección de la salud. México.1997.
4. Padrón IS. Relación entre la pobreza, inequidad y exclusión social, con las enfermedades de alto costo en México. Secretaría de Salud de Tabasco. 2006. 131-45.
5. Domínguez B R. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cub Salud Pub. 2006. 164-170.
6. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria a la salud. Ginebra.1981.
7. Moreno Rodríguez LL, IRA. Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años.3. Enfermedades Infecciosas, Neumología, Pediatría y Neonatología. 2009.
8. García Bueya L, González Mateosb F, Moreno-Oteroa R. Cirrosis hepática Medicine. 2012;11(11):625-33
9. Cruz D, Muñoz N, Galindo P. Diagnóstico de Salud de la Unidad Médico Familiar Xalapa II del FOVISSTE en Xalapa, Veracruz. En colecciones educativas en salud pública. Producto de los módulos: Gestión del conocimiento I y salud pública I. Xalapa, Ver: Documaster; 2008. 268-94.
10. Secretaría de desarrollo social. Reglas de operación del programa de desarrollo humano Oportunidades. Diario oficial. México: 2011.
11. Comisión nacional de protección social en salud. [Sitio en internet]. Disponible en: http://seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=37 consultado 14 noviembre de 2013.

12. CONEVAL. Medición de la pobreza en México y las entidades federativas 2012. [Sitio en internet]. Disponible en:http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/Pobreza_2012/RESUMEN_EJECUTIVO_MEDICION_POBREZA_2012_Parte1.pdf Consultado: 31 de octubre de 2013.
13. Secretaría de Salud. Programa Oportunidades. [Sitio en internet]. Disponible en: http://seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=13&itemid=194 Consultado: 14 de noviembre de 2013.
14. Ladrón de Guevara Morales E. Diagnóstico de salud. Fuente directa.
15. México. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. 2013.

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública

Diagnóstico de Salud de la Unidad Médica Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Delegación Estatal Veracruz Norte

Presenta:

Fernando Antonio Vázquez Orduña

Saraí Ramírez Colina

Dulce María Juárez Eusebio

Ligia María Rosado Alcocer

Asesores internos:

Dra. Elda María del Rocío Coutiño Rodríguez

Dr. Jaime Morales Romero

Asesor externo:

MC. Rosalba Mendoza Rivera

Xalapa, Veracruz 09 de diciembre de 2013

Dra. Sara Ladrón de Guevara

Rectora

Dr. Ragueb Chaín Revuelta

Secretario Académico

Dra. Carmen Blázquez Domínguez

Directora General de Investigación

Dra. Eli Alejandra Garcimarrero Espino

Director General del Área de Ciencias de la Salud

Dra. Yolanda Jiménez Naranjo

Directora General de la Unidad de Estudios de Posgrado

MSP. Gabriel Riande Juárez

Director del Instituto de Salud Pública

Índice

Introducción……..5
1. Marco referencial……7
1.1 Marco teórico……..7
1.2 Marco empírico……11
1.3 Marco contextual……..14
1.3.1 población de responsabilidad……16
1.3.2 características físicas……17
1.3.3 Características del personal……..19
1.3.4 servicios que ofrece la unidad ……..21
1.4 Marco jurídico……...22
2. Planteamiento del problema……24
2.1 Justificación……..26
2.2 Pregunta de investigación……..26
2.3 Objetivos……26
2.3.1 Objetivo general……26
2.3.2 Objetivos específicos……26
3. Metodología……28
3.1 Tipo y diseño del estudio……28
3.2 Definición del universo y muestra……28
3.2.1 Criterios de inclusión……29
3.2.2 Criterios de exclusión……29
3.2.3 Criterios de eliminación……29
3.3 Definiciones conceptuales de variables e indicadores……...29
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información……30
3.4.1 Elaboración y prueba de los instrumentos
de recolección de la información……..30
3.4.2 Definición de los mecanismos para la recolección,
el procesamiento y análisis de la información……..31
3.5 Descripción de la recolección de la información……32
3.6 Esquema del diseño del estudio……..……32
4. Resultados ……..……..33
4.1 Características sociodemográficas……33
4.1.1 Distribución de edad y por sexo……33
4.1.2 Índice de masculinidad……...34
4.1.3 Número de hijos por mujer fecunda……34
4.1.4 Parentesco……35
4.1.5 Seguridad social……..36
4.1.6 Ocupación……36
4.1.7 Estudios completos……37

4.8.1 Características de la vivienda …….…..39
4.2. Daños a la salud: priorizados……..47
4.2.1 Morbilidades……...47
4.2.1.1 DM tipo 2, Hipertensión arterial y cirrosis hepática…….…...47
4.2.1.2 IRAS y EDAS.……...48
4.3 Factores de riesgo para los daños priorizados……..48
4.3.1 Asociación de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial….……...48
4.3.2 Asociaciones de IRAS y EDAS……... 49
4.4 Tipo de información de las mortalidades……..……..……...50
5. Análisis de la productividad de los servicios que ofrece…….52
5.1 Análisis de los programas que ofrecen
(coberturas y metas) relacionados con los daños priorizados)……..53
5.1.1 Diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión……..…53
5.2 Demanda de los servicios por tipo
(institucional, privados, alternativos)……...55
5.2.1 Satisfacción de los usuarios por los servicios prestados……..56
5.2.2 Problemas detectados en la prestación del servicio…….56
6. Discusión ……..58
7.- Conclusiones y recomendaciones……...…61.
8. Referencias..……..…63
Apendices I,II,III

Introducción

La atención colectiva de la salud, entendida como el conjunto de actividades dirigidas al estudio, prevención y control de los problemas de salud de la población es la principal función de la Salud Pública, se apoya solo una parte en la atención al individuo, y requiere del diagnóstico de salud de una colectividad para identificar medidas que solucionen los problemas detectados requiere de un abordaje multidisciplinario puesto que las sociedades modifican de manera considerablemente su entorno social y crean socialmente un nuevo ambiente como lo es la vivienda, educación, comunicaciones, nutrición, cultura, entre otros, con elementos favorables y desfavorables a su salud: el análisis de estos factores y su repercusión a la salud requiere de un abordaje multidisciplinario.[1]

Es en el primer nivel de atención donde surge el primer contacto de los individuos con el sistema nacional de salud, éste se evoca a resolver los principales problemas de salud de las comunidades mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.[2]

En la presente investigación se estudian los factores de riesgo a los que la población usuaria de una unidad de primer nivel de atención, la Unidad Médica Familiar No. 66 (UMF No.66) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está expuesta en relación a los daños priorizados del municipio de Xalapa en el año 2012, ya que más de 50% del municipio de Xalapa es derechohabiente de la UMF No. 66, así como también identifica el tipo de información que tiene la población usuaria en relación a patologías que cobraron la mayor cantidad de vidas el pasado año, y se intenta conocer la percepción que tienen los usuarios sobre los servicios recibidos en relación a la atención de su salud.

En la UMF No. 66, anualmente se realizan diagnósticos de salud, el más actual fue el realizado con información del 2012, el encargado de su realización es el área de epidemiologia. El Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (ISP UV) mantiene dentro de su acervo bibliográfico el diagnostico de salud

realizado por sus estudiantes en el 2007. Al analizar los diagnósticos más recientes de ambas instituciones es notable que tanto la metodología utilizada, y los apartados que los integran son diferentes. Consideramos que podríamos enriquecer a la UMF No. 66 con un diagnóstico de salud que integre las bondades de ambos cumpliendo con la objetividad requerida para el logro de metas y objetivos en relación a mejorar la salud de la población. Por tanto, el presente diagnóstico pretende aportar resultados propios de la unidad médica para estar en la posibilidad de emitir resultados y conclusiones más aproximadas a la realidad de sus usuarios con base en la priorización de daños a la salud con criterios totalmente objetivos como lo son, magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

Para realizar el presente trabajo, se elaboró el marco teórico, contextual y empírico, así como el apartado metodológico con un abordaje cuantitativo.

1. Marco referencial

1.1 Marco teórico

En 1946 la Organización Mundial de la Salud define a la salud como el "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición es reiterada en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en la ciudad de Alma-Ata (URSS) llevada a cabo para proteger y promover la salud de los pueblos[2]. En esta se declara que: La salud es un derecho humano fundamental que los gobiernos deben proteger, debe ser perseguida por esfuerzos de los sectores sociales, económicos y no únicamente los del sector salud.

Se estableció como objetivo que para el año 2000 los pueblos del mundo gozaran de un estado de salud que les permitiera una vida social y económicamente productiva, para esto era necesario implementar medidas sanitarias y sociales aceptables en la atención primaria a la salud, puesta al alcance de todos los individuos de la sociedad. Es en el primer nivel de atención donde surge el primer contacto de los individuos con el sistema nacional de salud, éste se evoca a resolver los principales problemas de salud de las comunidades mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Se reconoce que la sociedad tiene no solo, el derecho sino también el deber de participar en la planeación y atención de su salud.[2]

Cuando nos referimos a salud pública Lalonde la define como la "*disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población*".[3] La atención colectiva de la salud, entendida como el conjunto de actividades dirigidas al estudio, prevención y control de los problemas de salud de la población es la principal función de la Salud Pública, se apoya solo una parte en la atención al individuo, y requiere del diagnóstico de salud de una colectividad para identificar medidas que solucionen los problemas detectados.[1]

Hace tres décadas Lalonde, emitió un informe de gran trascendencia en la epidemiología contemporánea, en el que se presentaba un modelo de causalidad de las enfermedades denominado "Campo de la Salud" éste plantea un análisis integral sobre la multicausalidad de las enfermedades, presentándola como una

cadena de hechos cuya adecuada valoración permite establecer no sólo las asociaciones causales entre una serie de factores de naturaleza diversa y la enfermedad, sino también seleccionar las medidas más apropiadas para buscar resultados beneficiosos en términos de la salud de la población.[4]

En este informe se consideraban cuatro categorías de factores:

a) Las condiciones intrínsecas del huésped (herencia genética, características particulares de sus sistemas internos).
b) El medio ambiente (en su más amplia concepción: físico, químico, bilógico y social).
c) Los estilos de vida (riesgos autoformados dependientes del comportamiento individual o de las condiciones de vida tales como la alimentación, el tipo de ocupación, el régimen higiénico y los hábitos).
d) La organización y disponibilidad de servicios de salud.

El diagnóstico de salud es el primer paso que se necesita para iniciar un proceso de planeación y ejecución en los servicios de salud para atender la problemática en salud pública, y su objetivo es conocer la situación del proceso salud-enfermedad-atención como fenómeno de grupo de una población.[5,6]

Seguridad social en México: El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS es una institución del gobierno federal, autónoma y tripartita (Estado, patrones y trabajadores), brinda servicios de salud y seguridad social a la población afiliada llamándolos: asegurados y derechohabientes.

Se inicia el 19 de enero del 1943, con fundamento en el Artículo 123 Constitucional durante el mandato del entonces Presidente de la República Mexicana Manuel Ávila Camacho y 4 meses más tarde, el 6 de abril se fundó el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, iniciando sus servicios el primero de enero de 1944 con 355,527 derechohabientes. Está considerada como la Institución de seguridad social más grande de américa latina con una población derechohabiente de 57, 475,897 en el año 2012. [7,8]

En México el IMSS considera a la atención primaria de salud como “una estrategia para hacer accesibles los servicios y la educación sanitaria a la población mediante la participación comunitaria y la autogestión”.[9] Y está orientada a la prevención y detección oportuna de enfermedades para mejorar la calidad de vida de la población y así evitar los altos costos que originan las complicaciones de las enfermedades.

El Programa opera en 3,589 Unidades Médicas Rurales (en comunidades rurales e indígenas) de 19 entidades del país. Mediante dicha infraestructura, la población beneficiaria cuenta con acceso gratuito a servicios de:

- Consulta Externa Medicina General
- Medicina Preventiva / Inmunizaciones
- Atención materno infantil y planificación familiar
- Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA)
- Educación para la salud
- Promoción del saneamiento básico
- Orientación nutricional y detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas (SAIS)
- Detección oportuna de cáncer
- Control de enfermedades transmisibles
- Farmacia y suministro de cuadro básico de medicamentos

En el estado de Veracruz el Instituto Mexicano del Seguro Social inició sus actividades en 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.[8]

Actualmente, el primer nivel de atención se conforma por 270 Unidades Médicas Urbanas destinadas a otorgar servicios de salud a todas las familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, y 222 Brigadas de Salud que operan en localidades muy dispersas, con 500 habitantes o menos. El IMSS otorgó en 2012 el 47.1% de las consultas generales en México colocándose en el 1° lugar de prestador de servicios de primer nivel de atención.[10]

El IMSS utiliza el diagnóstico de salud como un instrumento que le permite implementar un proceso de planeación estratégica, para identificar las necesidades que el Estado plantea en materia de desarrollo económico, social, educativo, políticas públicas, salud, migración, condiciones geográficas, geológicas, clima y de hidrografía, reconociendo que todo esto forma parte del entorno de la población volviéndolos vulnerables a los conflictos sociales y desastres naturales.[21] Asimismo, se analizan las condiciones de salud de sus afiliados estableciendo las causas que condicionan la enfermedad dando un peso específico a las prioridades, para implementar acciones que incidan directamente en la mejora constante de los servicios ofrecidos, buscando promover la medicina preventiva. Este diagnóstico les permite una proyección de los problemas a los que se enfrentarán en un futuro cercano.

En el diagnóstico de salud los componentes ambientales tienen la misma importancia en la generación de enfermedad que incluso los etiopatogénicos y, por ello, algunos estudios proponen que en la determinación de la enfermedad se dé un peso específico a los factores causales naturales, ecológicos y sociales de una población.[10]

Hace 2 años este modelo no era utilizado por el IMSS, puesto que se dejaba al margen los determinantes sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad.

1.2 Marco empírico

Los diagnósticos de salud tienen el fin de lograr:

• La evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud de la población

• El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.

• La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud. [5]

Un ejemplo de la aplicación de los diagnósticos de salud es Cuba. En un principio solo se obtenían datos epidemiológicos e higiénicos de cada unidad. Posteriormente se incorpora en este análisis estudios de morbilidad de acuerdo a una corriente soviética. A partir de los 1980 el término de estado de salud de la población se acuña y es encausada en el conocimiento de la medición del nivel de salud mediante un sistema de indicadores. En 1995 se llevaba a cabo el cambio en la conceptualización de diagnóstico de salud por el análisis de la situación de salud basado en el término de salud como producto social, aunque la carencia de una metodología condicionó su aplicación técnica y en la identificación de problemas de salud de la población. Este análisis de salud es un informe anual que se limita a la búsqueda del entorno de la comunidad y las actitudes de esta.[11]

En tanto, en **Colombia** se realizó un análisis de salud para el periodo 2002 a 2007 donde se evaluó la salud de la población colombiana con el análisis de 3 aspectos fundamentales que son: daños a la salud, funcionalidad y discapacidad de la población, así como los factores determinantes de la salud del país.[12]

En Guatemala el diagnóstico de salud realizado en 2012 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) que cubre el 80% de la población tuvo como objetivo conocer la situación del proceso salud-enfermedad en la población guatemalteca y los atenuantes que los rodean.[15]

En México la encuesta nacional de salud y nutrición de 2012 **(ENSANUT**) realiza un análisis con el fin de evaluar las condiciones de salud y sus determinantes, su estudio se compone de un total de 50,528 hogares de todas las entidades federativas del país, donde se obtuvieron como principales resultados que: hay

22.4 millones de adultos mexicanos con **hipertensión** y de ellos sólo 5.7 millones están controlados, de los 6.4 millones de adultos mexicanos que han recibido diagnóstico de **diabetes mellitus** por parte de un médico y reciben tratamiento, sólo el 25% presentó evidencia de un control glucémico adecuado. [13]

El IMSS cada año realiza diagnósticos de salud en sus instituciones del primer nivel de atención. Es por esta razón que en la UMF No. 66 se realizan de manera anual diagnósticos de salud considerando: determinantes sociales y del comportamiento, determinantes ambientales, indicadores de salud y priorización, esta es llevada a cabo en relación a la metodología de Hanlon considerando la magnitud, severidad, eficacia y factibilidad.10 Obteniendo:

Priorización de problemas de salud por el método de Hanlon, delegación Veracruz Norte

PRIORIDAD	PROBLEMA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PONDERACIÓN
1	MORTALIDAD MATERNA	9.0	9.40	1	5	92.0
2	INCAPACIDADES	8.0	8.40	1	5	82.0
3	CANCER CERVICOUTERINO	7.0	8.47	1	5	77.3
4	MORTALIDAD PERINATAL	6.0	7.07	1	5	65.3
5	DIABETES MELLITUS	10.0	8.13	0.5	5	45.3

Fuente: Tomado del diagnóstico de salud 2012 de la UMF No. 66 del IMSS

También se cuenta con un diagnóstico elaborado por alumnos de la Maestría en Salud Pública en el 2007, con análisis de una muestra de 267 derechohabientes usuarios. En este estudio se realizó la priorización de daños considerando 3 criterios: vulnerabilidad, trascendencia y magnitud. Siendo los principales

resultados para morbilidad, la infección de vías respiratorias, enfermedad diarreica aguda, diabetes mellitus, hipertensión arterial. De igual forma la diabetes mellitus, hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio y cirrosis hepática, fueron los principales resultados para mortalidad. A cada una de estas enfermedades se asocian sus factores de riesgo mediante el análisis de la medida del riesgo relativo de cada una de las variables que se consideraron.[10]

1.3 Marco contextual

La ciudad de Xalapa tiene una población de 457, 928 habitantes según el censo de población y vivienda 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),[14] de la cual 250,367 son derechohabientes y beneficiarios de la UMF No. 66; es decir más de la mitad de la población de la capital cuenta con el servicio de esta unidad aunque solo 181,570 están adscritas, siendo un 15.5% en la delegación Norte de acuerdo a datos del diagnóstico de la unidad. A diferencia del número de población que tenía la unidad en el 2007 que fue de 214,982.[10]

La UMF No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es una unidad médica de primer nivel que se localiza en la ciudad de Xalapa entre las calles de Ingeniero Mora Beristain esquina con 7 de noviembre en la colonia Benito Juárez cerca del centro deportivo ferrocarrilero a una distancia aproximada de 1.5 kilómetros de la unidad médica familiar N° 11 del IMSS. El edificio que alberga inició su construcción en 1956 siendo su inauguración el primero de noviembre de 1958 como hospital de Ferrocarriles Nacionales de México y su función era brindar cobertura de segundo nivel de atención a la población trabajadora de esta empresa. En los años ochenta se incorporó al IMSS. Esta integración estructural incluyó también la infraestructura de salud que se había generado en esta empresa, una vez incorporada funcionó como hospital pero debido a la gran demanda de afiliación se convirtió en la Unidad Médica Familiar N° 66. [10]

La UMF No. 66 cuenta con diferentes sistemas de información a nivel institucional[22], el Sistema de Información del Sistema Médico Familiar (SISMF) es donde se capturan el expediente clínico electrónico de los pacientes con el control de consulta y la conexión de los servicios auxiliares. El Registro de Atención Integral de la Salud (RAIS) es el formato donde se captura datos de la consulta. El Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) es un sistema de registro que extrae la información diaria generada del SISMF y genera reportes semanales y mensuales para la Delegación Norte sobre vigilancia epidemiológica, salud materna, salud pública, planificación familiar, indicadores desempeño, entre

otros. Para los reportes, se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su décima revisión. Al igual, maneja información sobre los prestadores de la atención y consultorios, por lo que el servidor de la unidad también es encargado de compilar la información de las cinco unidades periféricas siendo las UMF 17, 18, 54, 67 y 58. En la unidad también están en función el Sistema de Acceso a Derechohabientes (ACCEDER) y el Acceso de Información Médica Y Archivo Clínico (ARIMAC). Este último concentra la información en salud derivada de las atenciones médicas otorgadas en los diferentes servicios de la Unidad Médica y es responsable del correcto procesamiento estadístico de la información en salud derivada de la atención médica.

Cada médico de la unidad de medicina familiar es responsable de atender en promedio a 3,242 personas, en tanto que el promedio de beneficiarios por médico es de 0.68.[16] La pirámide de población mostrada en el diagnóstico de salud de la UMF No. 66 en 2012 indica que la mayoría de la población derechohabiente corresponde a los grupos etarios de 25 a 39 años y la atención usuaria con mayor frecuencia es el sexo femenino. [10]

Los servicios que brinda esta Unidad Familiar señalados en el diagnóstico situacional del 2013 tienen el siguiente panorama: La capacidad de servicio a lo largo de los años ha aumentado en consultas con un total de 28,617 anuales, con un promedio de 3.93 por hora lo que equivale a 24 consultas en promedio por médico al día. El servicio de estomatología solo cuenta con 2 consultorios que abastece a toda la clínica con un promedio de 2 consultas por hora aun con esto se considera insuficiente, en cambio el servicio de atención médica continua utiliza el método de medicina de emergencias y desastres (TRIAGE) que es un sistema de colores rojo, amarillo, verde y negro con lo cual da prioridad a la atención. [16,17]Los servicios de diagnóstico radiológico es insuficiente y es necesario el crecimiento debido a la demanda que rebasa al servicio, al igual el servicio del laboratorio atiende a un total de 4901 personas, con una demanda de pruebas de laboratorio de 18,649; por lo que la demanda en este servicio fue en

promedio de un 3.5 pruebas por persona en 2008 y para el 2012 subió a un 5.3. Una acción implementada en la unidad a partir del 2008 para aumentar los servicios prestados, es la atención los sábados y domingos los sábados prestan servicios seis consultorios y el domingos siete. Asimismo, el indicador del servicio del laboratorio y farmacia se encuentran rebasados en su capacidad de resolución, pues es debido al uso de tecnología en el procesamiento de muestras y en tanto que en el área de farmacia por los servicios de informática.[16]

1.3.1 población de responsabilidad

La población dentro de Instituto Mexicano del Seguro Social se clasifica de la siguiente manera:

- Asegurado.- Es el trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el instituto en los términos de la Ley del Seguro Social.
- Beneficiario.- El cónyuge del (la) asegurado(a) o pensionado(a) y a falta de éste(a), la concubina o el concubinario, en su caso, así como los ascendientes y descendientes del (la) asegurado (a) o pensionado (a) señalados en la Ley del Seguro Social.
- Derechohabiente.- Es el (la) asegurado(a), el (la) pensionado(a) y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley del Seguro Social tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto.

La pirámide de población mostrada en el diagnóstico de salud de la UMF N°66 en 2012 indica que la mayoría de la población derechohabiente corresponde a los grupos etarios de 25 a 39 años sin ningún cambio de acuerdo al del 2007 y la atención usuaria con mayor frecuencia es el sexo femenino.[33]

1.3.2 Características físicas

El inmueble tiene 11,776 metros cuadrados de terreno y con 4,633 metros cuadrados de construcción. La unidad cuenta con tres pisos que se han adaptado a las necesidades para funcionar como clínica de primer nivel, la siguiente tabla proporciona información de la estructura física.[20]

Tabla 1. Infraestructura de la Unidad de Medicina Familiar N° 66

Consultorios, módulos y áreas	Número
Medicina familiar	28
Atención medica continua	3
Salud en el trabajo	3
Epidemiología	1
Estomatología	3
Materno infantil	3
Planificación familiar	1
Nutrición	1
Estomatología preventiva	1
Consultorio Diabetimss	1
Aula Diabetimss	1
MAPI	9
Trabajo social	2
Optometría	1
Crestcap	1
Dormitorio de residentes	1
Área de departamento de personal	2
Jefatura de enseñanza	1
Jefatura de enfermería	1
Área control de presupuesto	1
Área de computo residentes	1
Dirección	1
Administración	1
Cobcir	1
Área de fomento a la salud	1
Área de prosac	1
Aulas	3
Sala de ultrasonido	1
Salas de espera	12
Rampa	1
Ceye	1
Baños del personal	3
Baños de consultorios	18

Baños públicos	4
Sépticos	3
Área de curaciones e inyecciones	1
Área de red fría	1
Área de laboratorio y rx	1
Área de almacén	2
Área de farmacia	1
Área afiliación vigencia	1
ARIMAC	1
Área de planificación familiar	1
Área del servidor	1
Área de JUVENIMSS	1
Cuarto de maquinas	1
Conservación	1
Área de vacunadoras	1
Área de depósito RPBI	1
Basurero	1
Reja perimetral	1
Jardines	3
Estacionamiento	2
Área circulación de ambulancia	1
Caseta de vigilancia	1
Área de prestaciones econ	1
Módulos de TAOD	2

Fuente: Diagnóstico situacional 2013 de la UMF N°66

* Medicina de Atención Preventiva Intengral

1.3.3 Características del personal

La unidad cuenta con 327 trabajadores, de los cuales 46.5% son personal médico, enfermería y de apoyo médico, y el 53.5% personal con actividades administrativas y de apoyo administrativo.

Tabla 2: Plantilla laboral de la Unidad de Medicina Familiar N° 66

Personal	Número
Médico familiar en la con externa	51
Médico familiar cubrevacaciones	5
Médico familiar en AMC*	11
Médico salud en el trabajo	2
Médico epidemiólogo	1
Médico radiólogo	3
Médico general en medicina familiar	5
Estomatólogo	6
Promotor de estomatología	2
Psicólogo	1
Promotor de salud	1
Técnico radiólogo	6
Asistente medica	67
Asistentes médicas cubrevacaciones	5
Coordinador de asistentes médicos	4
Auxiliar enfermera general	17
Auxiliar enfermera salud pública	18
Enfermera general	11
Enfermera especialista	7
Enfermera jefe de piso	2
Trabajadora social clínico	1
Nutricionista dietista	3
Químico clínico	2
Auxiliar de laboratorio	3
Laboratorista	7
Auxiliar de laboratorio	2
Trabajadora social	5
Coordinador clínico UMF	0
Director UMF	1
Jefe servicios UMF	4
Jefe laboratorio	1
Administrador	1
Analista responsable	1
Jefe de trabajo social UMF	1
Técnico	3
Promotoras brigadistas de salud	1

comunitaria	
Analista responsable del personal	0
Subjefe de enfermeras	1
Jefe de grupo de servicios técnicos	1
Mensajero	5
Auxiliar oficinas	23
Oficial servicios técnicos	2
Jefe de grupo de servicios técnicos	2
Oficia de estadística	3
Coordinador de estadística	6
Jefe de grupo de estadística	1
Auxiliar de servicios de intendencia	20
Técnico polivamente	4
Auxiliar de farmacia	8
Oficial de farmacia	1
Coordinador de farmacia	1
Ayudante de farmacia	2
Técnico electricista	1
Ayudante de servicios de internos	2
Técnico a equipos médicos	1
Oficial de almacén	1
Auxiliar de almacén	3
Oficial de personal	1
Oficial de soporte técnico	1
Becarios	

Fuente: Diagnóstico situacional del 2013 de la UMF N°66.

* *AMC: Atención Médica Continua

1.3.4 Servicios que ofrece la unidad

La UMF N°66 del IMSS ofrece a la población derechohabiente y sus beneficiarios los siguientes servicios:

Tabla 3. Servicios que ofrece la Unidad de Medicina Familiar N°66

1.- Medicina Familiar
2.-Estomatología
3.- Atención medica continua
4.- Mastografía
5.- Ultrasonido
6.-Nutrición
7.-Laboratorio de análisis clínico
8.-Salud en el trabajo
9.-Optometría
10.-Trabajo social
11.-DiabetIMSS
12.-Farmacia
13.-Afiliación vigencia
14.-Prestaciones económicas
15.-Prestaciones sociales
16.-ARIMAC
17.-Atención prevención integrada
18.-Epidemiología
19.-Enseñanza e investigación
20.-Promoción a la salud de los trabajadores

Fuente: Diagnóstico situacional del 2013 de la UMF N°66.

1.4 Marco jurídico

La salud pública en México está respaldada por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4°, la Ley General de Salud, y la Ley General del Seguro Social. Sus normativas están dirigidas a toda la población, sin importar clase social, estado civil, credo, afiliación política, etc., especialmente hacia la población vulnerable como lo son niños, mujeres, adultos mayores y personas con capacidades diferentes, al sector educativo y laboral y pretende evitar la exclusión social.

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos decreta que el varón y la mujer son iguales ante la ley.[18] Por ende, todos los derechos y obligaciones establecidos en la Constitución Política son aplicables para ambos. La salud es abordada en el artículo 4° constitucional y tiene como objetivo la salud integral de la población. Toca temas como el derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, la protección de la salud y el acceso a los servicios de salud, el derecho a un medio ambiente sano para el desarrollo de los individuos, acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico, vivienda digna. También establece que todas las personas tienen derecho al acceso a la cultura y a los bienes y servicios que el Estado preste en esta materia, por tal razón, está establecido que toda persona tiene derecho a la cultura física y la práctica del deporte, y es responsabilidad del Estado la promoción, fomento y estímulo del mismo. De igual forma, garantiza de manera plena el cumplimiento de los derechos de los niños y la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

La Ley General de Salud se encarga de regular todas las prácticas, servicios y productos relacionados con el cuidado de la salud.[19] Es decir, establece la forma de organización y las competencias de los servicios de salud y la forma en que deben ser tratadas las personas para solucionar los problemas de salud sin hacer distinción.

Entre los aportes de la Ley General de Salud podemos señalar una serie de decretos que garantizan el acceso a la salud y la calidad en la práctica. A continuación un resumen con las principales aportaciones a la Salud Pública:

a) Todas las personas tienen derecho a la protección de su salud y no pueden renunciar a este derecho.
b) Todas las personas tienen derecho al libre acceso a cualquiera de las prestaciones de salud y a elegir el sistema de su preferencia.
c) Todas las personas tienen derecho a recibir, sin importar el establecimiento de salud, atención médica de emergencia cuando la requiera o si el problema representa un grave riesgo para su vida.
d) Todas las personas tienen derecho a exigir que los servicios que prestan atención a la salud sean de calidad y los procedimientos sean profesionales.
e) Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona que el usuario designe como su representante legal, a menos que se requiera una intervención de emergencia y haya quien la autorice.

La Ley del Seguro Social tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Establece que la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados.

El seguro social es un servicio público de carácter nacional y comprende dos regímenes: Obligatorio y Voluntario. Cubre contingencias y proporciona prestaciones en especie y dinero en las formas previstas por la ley. Establece que los asegurados y sus beneficiarios deben cumplir un conjunto de requisitos para recibir, o en su caso, seguir disfrutando de las prestaciones y dichas prestaciones son inembargables. Únicamente en los casos de obligaciones alimenticias a su cargo, pueden embargarse por una autoridad judicial, las pensiones y subsidios por el 50% de su monto.[19]

2. Planteamiento del problema

La ciudad de Xalapa, Veracruz cuenta con una población al 30 de junio de 2012 de 472,488 habitantes, de los cuales el 53% son derechohabientes de la UMF No. 66 del IMSS.[9] Por lo cual, es necesario contar con un diagnóstico de salud que nos revele datos actuales y útiles para conocer la situación de salud de los usuarios de esta unidad médica. La UMF No. 66 del IMSS cuenta con diagnósticos propios previos, elaborados por el área de epidemiología, los cuales se actualizan cada año. También el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana tiene dentro de su acervo bibliográfico un diagnóstico realizado por sus estudiantes en el año 2007. Algunos de los indicadores utilizados corresponden a los de todo el estado o la delegación y estos no son específicos de la unidad misma, el método utilizado en la priorización de daños es el método de Hanlon basado en la magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, el presente diagnostico busca conocer los factores de riesgo de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad (según su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad) para el municipio de Xalapa a los que la población usuaria de la UMF No. 66 está expuesta, así como también se busca conocer el tipo de información que tiene la población sobre los factores de riesgo de las enfermedades que provocaron la mayor cantidad de muertes en 2012.

Con los datos de los registros de la UMF No. 66, en relación a la mortalidad de la población, se priorizo considerando la magnitud (calculando la tasa de mortalidad por causa) la trascendencia (con la obtención de los años de vida potencialmente perdidos) y la vulnerabilidad (con la razón de estandarización de mortalidad). Cuyos resultados de priorización, fueron los siguientes:

Clave CIE 10	Causas	TMC*	AVPP	REM	PRIORIZACIÓN
I619	Hemorragia intracefálica	3.85	246.75	4.04	1
B20X-B24X	Enfermedad por VIH	5.50	1414.00	1.41	2
E11	Diabetes mellitus	39.10	7196.00	0.73	3
I67	Enfermedades cerebrovasculares	6.05	258.00	0.53	4
C509	Tumor maligno de mama	3.30	537.30	0.39	5
K746	Otras Cirrosis del hígado	9.91	635.00	0.29	6
K922	Hemorragia gastrointestinal	3.30	260.70	0.28	7

J189	Neumonía no especificada	4.40	603.60	0.25	8
J449	EPOC	3.30	140.70	0.19	9
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	13.76	1522.35	0.11	10

Sin embargo los resultados de priorización utilizados para el presente diagnostico fueron los del municipio de Xalapa para el año 2012 mediante los mismos criterios obteniendo lo siguiente:

Mortalidad

	Clave CIE10ª revisión	**Causa**	**TMC***	**AVPP****	**REM*****	**Priorización**
1	E11	Diabetes mellitus 2	111	4350	18	8,578,013
2	K746	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	33	2200	27	1,959,561
3	B201	VIH/SIDA	8	1157	36	356,352

*Tasa de mortalidad por causa
**Años de vida Potencialmente Perdidos
***Razón Estandarizada de Mortalidad

Morbilidad:

	Clave CIE 10ª revisión	**Causa**	**Tasa de morbilidad**	**Tasa de mortalidad***	**Priorización**
1	J22	Infecciones respiratorias agudas	16,303.63	15.07	245,696
2	I10	Hipertensión Arterial	1,119.75	28.73	32,170
3	A085	Infecciones intestinales por otros organismos y los mal definidos	4,629.23	1.41	6,527

*Tasa de mortalidad para el municipio de Xalapa.

2.1 Justificación

La presente investigación ofrece una alternativa más para la consideración de daños en la UMF No. 66. En la que además de utilizar un método de priorización de daños totalmente objetivo, se analiza los factores de riesgo a los que la población usuaria específicamente de esta unidad está expuesta, así como su tipo de información en relación a los factores de riesgo de las enfermedades que cobraron la mayor cantidad de vidas en el municipio de Xalapa en el año 2012. Como consecuencia natural a esto surgen nuevas opciones de planeación estratégica que son puestas al alcance de la UMF No. 66 para el cumplimiento de metas y objetivos.

2.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los daños prioritarios que afectan a los usuarios y cuales sus factores de riesgo?
- ¿Cuál es el tipo de información que tienen estos usuarios en relación a causas, signos de alarme y síntomas de los daños priorizados?
- ¿Cuál es la Percepción que los usuarios tienen sobre el servicio que reciben en relación a la atención de su salud en la UMF No. 66?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

Identificar los daños prioritarios, la información que posee la población sobre los mismos y su percepción sobre los servicios en relación a la atención de su salud.

2.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los usuarios de la UMF No. 66 del IMSS en 2013.
- Determinar las principales causas en términos de daños a la salud priorizados.
- Determinar diversos factores de de acuerdo a las enfermedades de los daños priorizados.

- Identificar el tipo de información que tienen los usuarios sobre los daños priorizados en relación a causas, signos de alarma, y complicaciones.
- Conocer la percepción que los usuarios tienen sobre el servicio que reciben en relación a la atención de su salud en la UMF No. 66.

3. Metodología

3.1 Tipo y diseño del estudio

El presente estudio se abordó desde una metodología cuantitativa, el diseño es transversal y analítico.

3.2 Definición del universo y muestra

La población de estudio corresponde a los usuarios de la UMF No. 66 del IMSS delegación Veracruz Norte, de los turnos matutino y vespertino. Se realizó el cálculo de la muestra mediante el muestreo para la estimación de proporciones de acuerdo a los daños en salud priorizados, esto con un intervalo de confianza del 95% y un de error de 5%.

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

En donde:

z= Nivel de confianza en un 95%

p= Proporción de cada daño priorizado (Diabetes, cirrosis, VIH/SIDA, enfermedades diarreicas agudas (EDAS), infecciones respiratorias agudas (IRAS), hipertensión)

d= Error en la precisión de la muestra que es del 5%

Tabla de prevalencias de daños priorizados

Daños a la Salud	**CIE 10**	**Enfermedad**	**Prevalencia considerada para el cálculo del tamaño muestral**	**Muestra (n)** Usuarios
Causas de mortalidad	E10-E14	Diabetes mellitus tipo 2	9.20%*	129
	K70-71, K74	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2.80%**	42
	B20-24	VIH/SIDA	.24%	4
Causas de morbilidad	J0-J06	IRAS	44.90%*	380
	A00-A09	EDAS	11%*	151
	I10	Hipertensión arterial	31.50%*	331

Fuente: *ENSANUT 2012

** Morales-García, JI de la C. et al. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud pública Méx [online]. 2002, 44(2) pp.113-121.

En relación al tamaño de muestra, se consideró la prevalencia de EDAS consultada en el ENSANUT 2012, las personas se seleccionaron a conveniencia al momento que asistieron a la consulta médica en la UMF 66 del IMSS en el periodo de recolecta de datos.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Ser usuario de la UMF No. 66 del IMSS de la ciudad de Xalapa, Veracruz.
- Mayor de edad
- Solicitud verbal del consentimiento informado para participar en el estudio.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Usuarios que no quieran participar
- Ser usuario y estar adscrito a alguno de los siguientes consultorios de medicina familiar número 20, 21, 23 y 28.

3.2.3 Criterios de eliminación

- Usuarios que no terminen de responder el cuestionario.

3.3 Definiciones conceptuales de variables e indicadores

Para la elección de los daños de salud a priorizar en este diagnóstico; se tomaron en cuenta los criterios de magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de las causas de mortalidad y morbilidad de la Unidad de Medicina Familiar N°66.

Para la medición de trascendencia se realizó el cálculo de años de vida potencialmente perdidos, siendo la proporción de la diferencia del promedio medio del intervalo de edad (PMI) de cada grupo etario y la esperanza de vida entre el PMI. Para el cálculo de la vulnerabilidad se realizó mediante la razón estandarizada de mortalidad (REM) utilizando como población de referencia la del estado de Nuevo León. La magnitud fue medida por el indicador de tasa de mortalidad.

A partir de los daños priorizados se procedió a realizar la operacionalización de 134 variables al igual que sus indicadores (Apéndice II).

3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Se llevó a cabo un cuestionario conformado por 134 ítems en relación a los factores de riesgo de las enfermedades priorizadas. Se utilizó la técnica de encuesta dirigida a los usuarios que asistieron a consulta en la UMF No. 66 del IMSS.

3.4.1 Elaboración y prueba de los instrumentos de recolección de la información

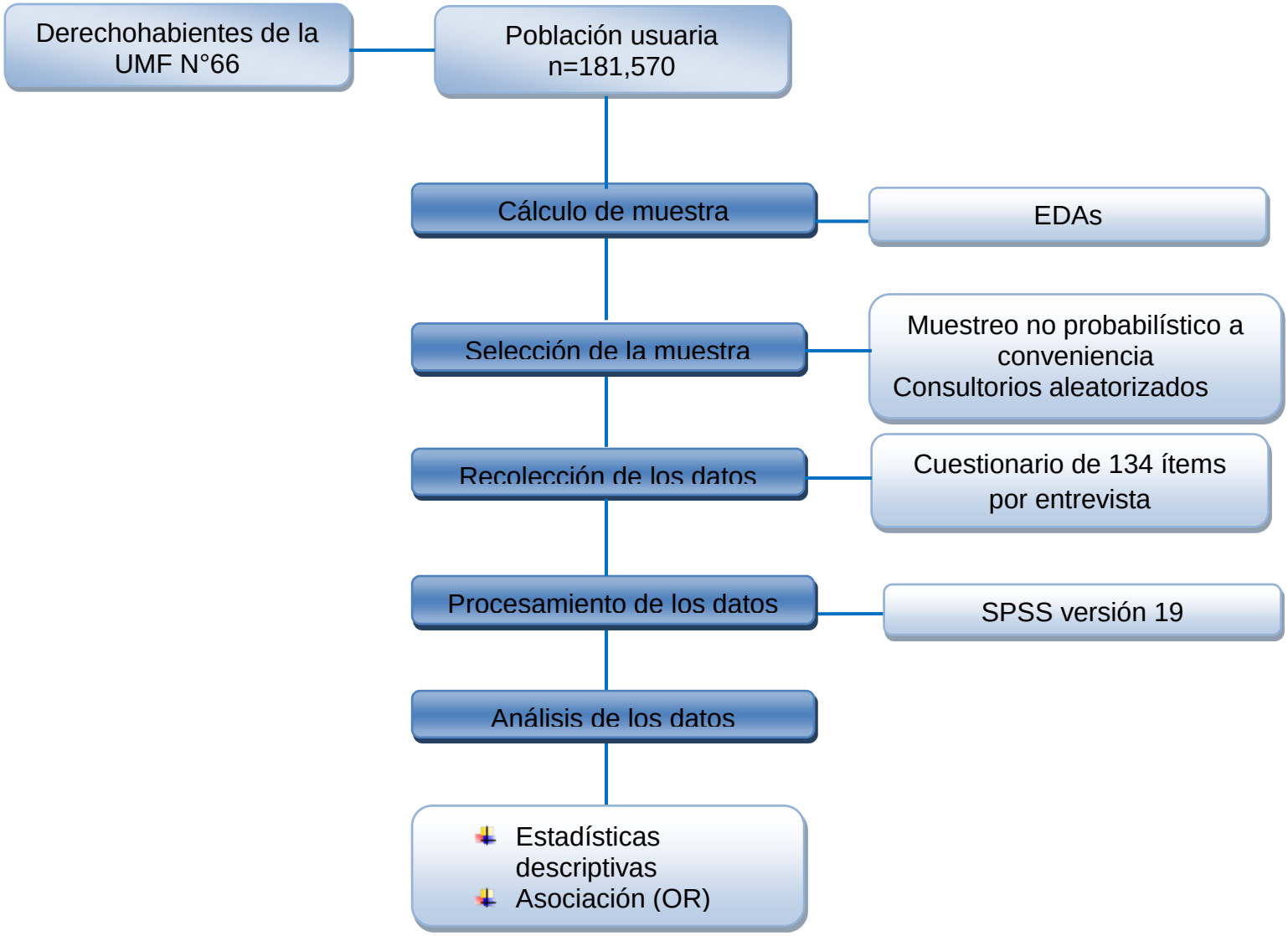
Se diseñó un cuestionario (Anexo I), con 12 apartados y 134 ítems para obtener información de los usuarios de la UMF No 66 y sus familias. Entre los apartados se encuentran los siguientes:

I. Dirección de la vivienda
II. Uso de los servicios de salud
III. Características demográficas
IV. Registro para todas las personas de 14 años o más
V. Registro para todas las personas de 18 años o más
VI. Niños menores de 5 años
VII. Diabetes Mellitus tipo 2
VIII. Hipertensión arterial
IX. Cirrosis hepática
X. Defunciones
XI. Características de la vivienda
XII. Información sobre salud

El tiempo estimado de respuesta del instrumento es de 30 minutos. Se realizó un estudio piloto a 8 personas de características similares a la población de estudio, considerando el consentimiento informado de los participantes como requisito y a partir de ello se realizaron modificaciones en el instrumento, la validez del instrumento se llevó a cabo mediante “validez de criterio” por los académicos del ISP UV.

3.4.2 Definición de los mecanismos para la recolección, el procesamiento y análisis de la información

Los datos se procesaron y analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 19. Donde se obtuvieron estadísticas descriptivas (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión), así como asociaciones de los factores de riesgo calculados por la estimación de Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza de 95%. La información tabulada se exportó a Excel profesional pluss 2013 para realizar las gráficas.



3.5 Descripción de la recolección de la información

Se realizó la recolecta y aplicación de 151 instrumentos en la UMF No. 66 en el período del 31 de octubre a 8 de noviembre a la población usuaria de dicha unidad. Cabe mencionar, que los consultorios de la UMF fueron aleatorizados descartando a los usuarios de los consultorios: 28, 20, 23 y 21. Al momento de realizar la encuesta, se solicitó de manera verbal el consentimiento informado de las personas, explicándoles el objetivo del estudio.

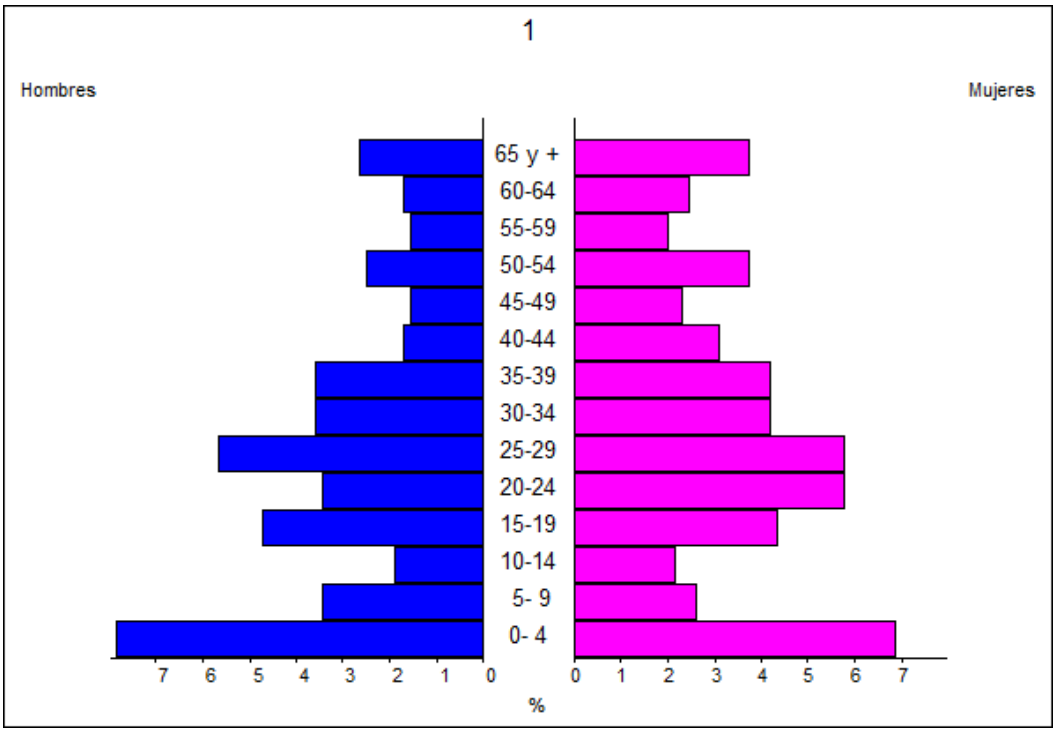
4. Resultados

La población de estudio de la Unidad de Medicina Familiar N° 66 del IMSS Delegación Norte estuvo conformada en total de 151 familias con 635 integrantes. De las cuales son retomadas las características socio-demográficos que a continuación se describen:

4.1 Características socio demográficas

4.1.1 Distribución de edad y por sexo

Gráfico 1: Pirámide poblacional de la UMF N° 66 de IMSS, 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 1, Apéndice III, n= 636

La pirámide poblacional se distribuye en forma progresiva con una base amplia correspondiente a la natalidad de la población en el momento de la medición y en la parte superior indica una esperanza de vida baja. En general la población es joven con la disposición de la pirámide característica de los países en vías de desarrollo. Se observó una reducción en la amplitud del grupo de 10 a 14 años de edad. (Gráfico 1).

4.1.2 Índice de masculinidad

Razón= $\frac{\text{hom}bres}{mujeres} = \frac{293}{343}$ = 0.86

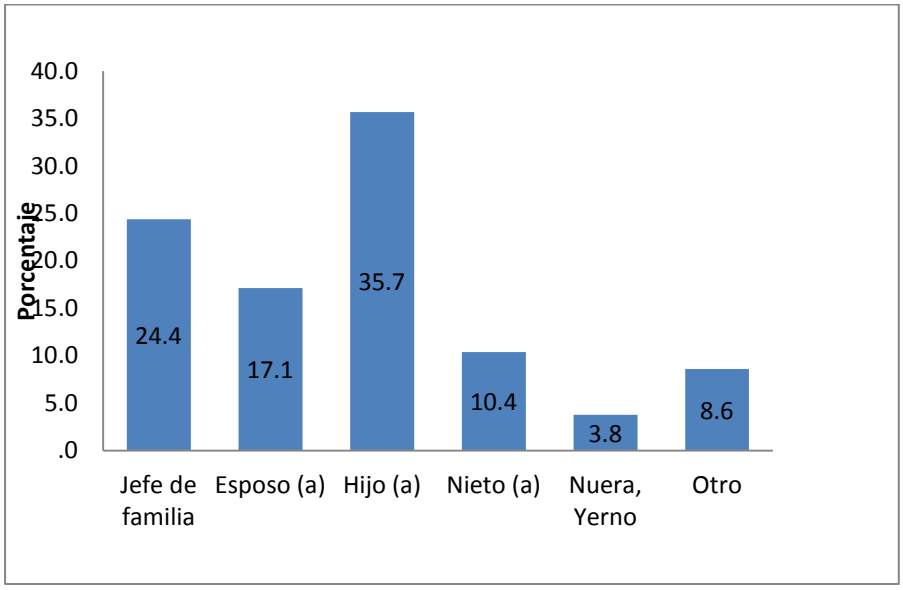
De los datos de la encuesta realizada, se observa que hay 5 hombres por cada 6 mujeres usuarias de la UMF 66. Dicha razón se realizó multiplicando 0.86 x 6=5.16.

4.1.3 Número de hijos por mujer fecunda

$$\frac{\#niños(0-4años)}{\#Mujeres_edad_fértil(15-49años)} = \frac{94}{191} = 0.49$$

Con los datos de la muestra, existen 10 niños por cada 21 mujeres en edad fecunda (mujeres de 15 a 49 años). Donde este indicador se obtuvo multiplicando 0.49 X 21= 10.29.

4.1.4 Parentesco

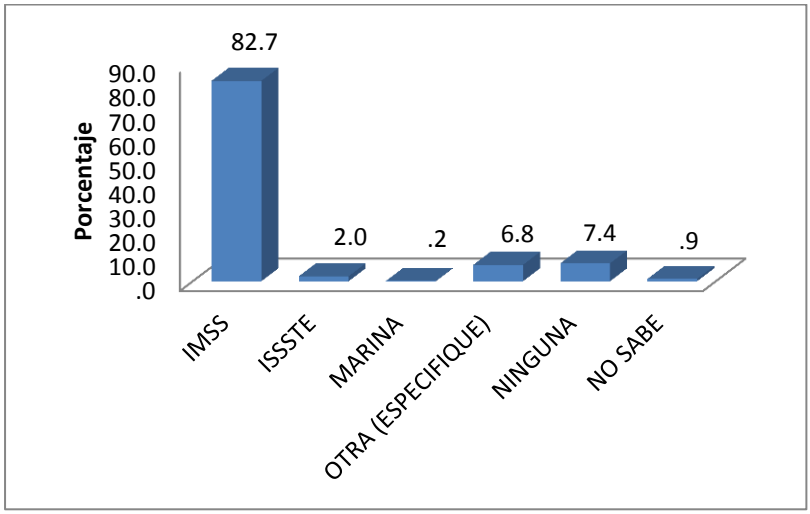


Fuente: Tabla de frecuencias No. 2, Apéndice III, n= 636

El parentesco con mayor frecuencia en relación con el jefe de familia fue hijo (a) en un 35.7% (202), seguido de esposo (a) o compañero 17.1% (98), correspondiente a los nietos fue de 10.4% (63), el 3.8% fueron nuera/yerno y un 8.6% tienen otro tipo de relación. En la población de estudio la presencia en la familia de una jefatura femenina correspondió a un 30%.

4.1.5 Seguridad social

Gráfico 3. Distribución porcentual de seguridad social, 2013

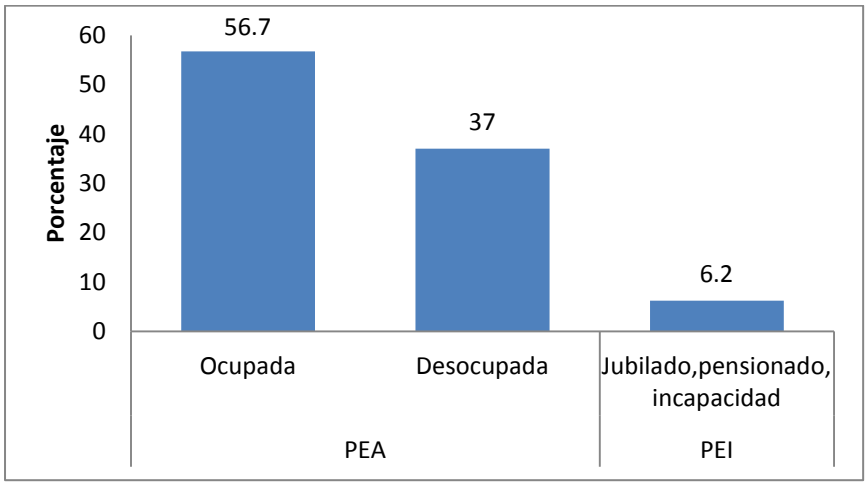


Fuente: Tabla de frecuencias No. 3, Apéndice III, n= 636

La población de estudio en su mayoría cuenta con seguridad social correspondiente en un 85% entre IMSS e ISSSTE, pero un 7% aún no cuenta con ningún tipo de servicio.

4.1.6 Ocupación

Gráfico 4. Distribución porcentual de población económicamente activa e inactiva, 2013

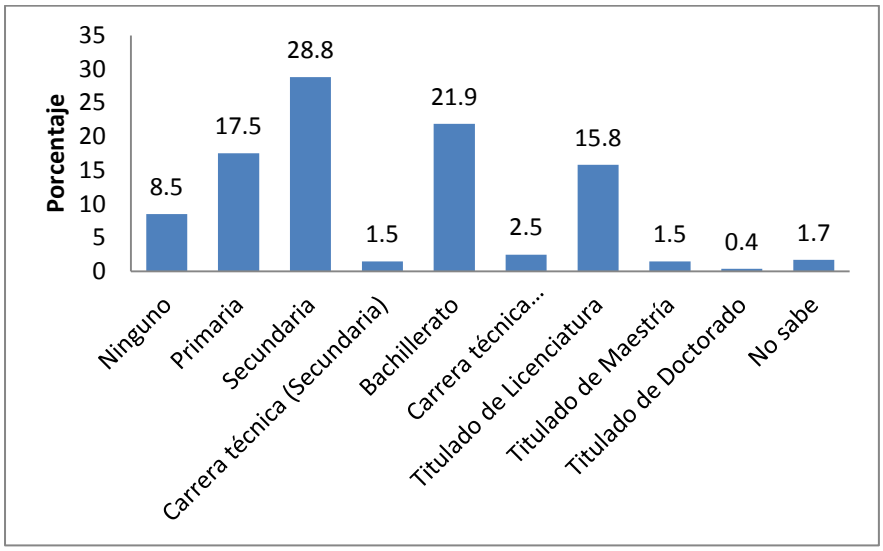


Fuente: Tabla de frecuencias No. 4, Apéndice III, n= 480

Los individuos de 14 años y más en la población fueron 480 sujetos de los cuales se encuentran distribuidos en un 84% en la población económicamente activa, de estos sujetos un 57% se encuentran desarrollando una ocupación y el 37% está desocupada. La población económicamente inactiva fue de 6%.

4.1.7 Estudios completos, leer y escribir

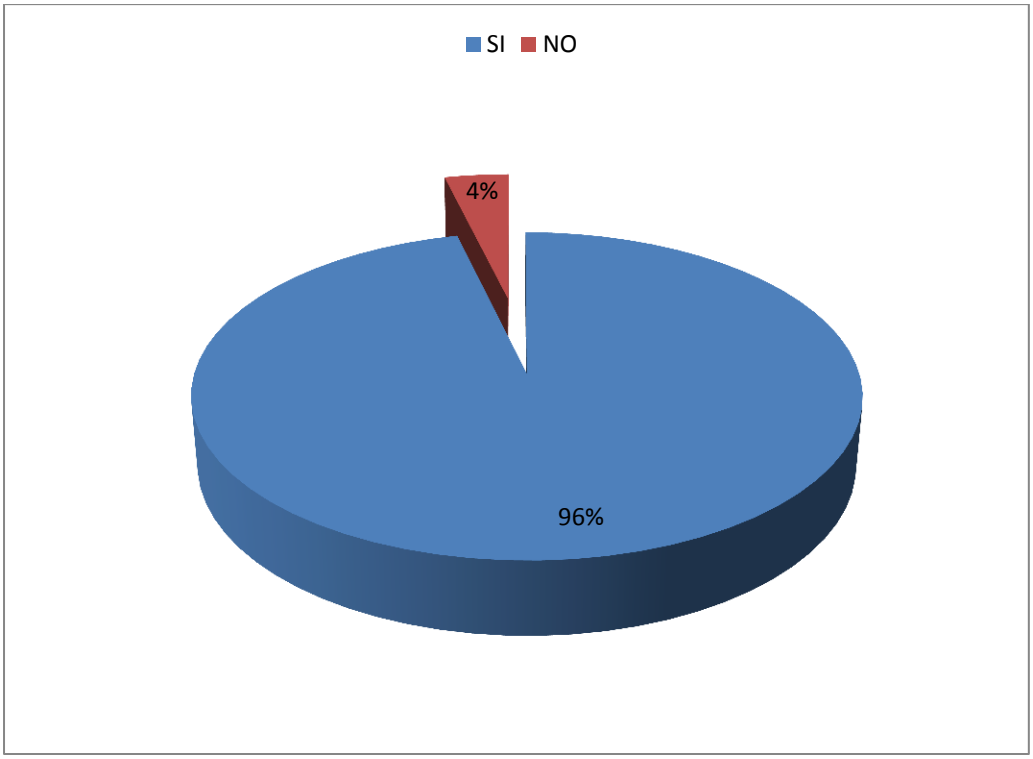
Gráfico 5. Distribución porcentual de Estudios completos (14 años y más), 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 5, Apéndice III, n= 480

De la población encuestada de 14 años y más el grado de estudio completos más frecuente fue la secundaria con un 28.8%, seguido con el 21.9% de bachillerato y con el 15.8% correspondió a los sujetos con el grado de licenciatura. La población que cuenta únicamente con estudios de primaria correspondió al 17.5%. La población con nulos estudios fue de 8.5%.

Gráfico 6. Distribución porcentual de las personas que saben leer y escribir



Fuente: Tabla de frecuencias No. 6, Apéndice III, n= 480

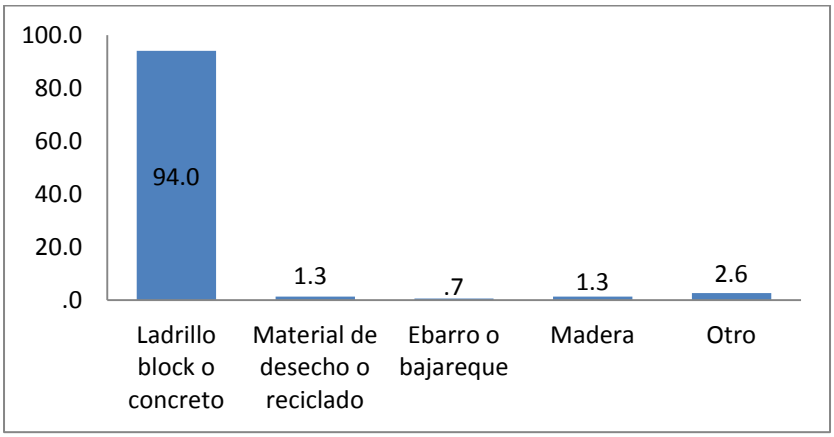
El 96% de los encuestados saben leer y escribir. La proporción de analfabetismo en la población fue de 4 personas por cada 100.

$$\text{Analfabetismo} = \frac{19}{480} X100 = 3.98 \approx 4\%$$

4.1.8 Características de la vivienda

Para las características de la vivienda, se consideraron las 151 familias para su análisis.

Gráfica 7. Distribución porcentual del material de la pared de las viviendas, UMF 66, 2013

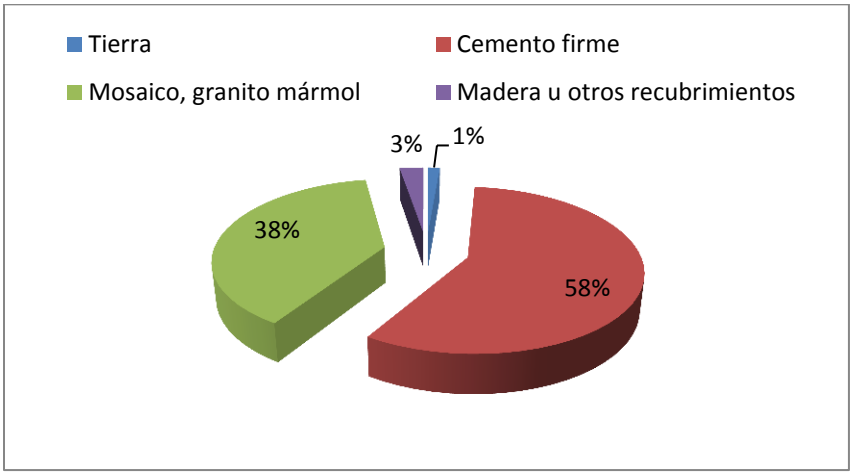


Fuente: Tabla de frecuencias No. 7, Apéndice III, n= 151

Otro: piedra

El material más frecuente de las paredes de las viviendas de las 151 familias fue en un 94% el ladrillo

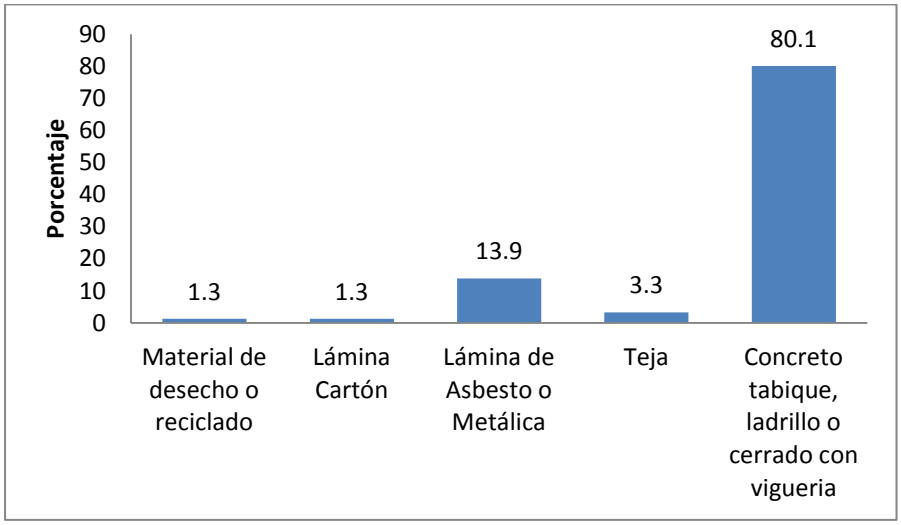
Gráfica 8. Distribución porcentual del material del piso de las viviendas, UMF 66, 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 8, Apéndice III, n= 151

De las 151 familias encuestadas el material de piso más frecuente de las viviendas fue cemento y un 38% de mosaico, granito o mármol.

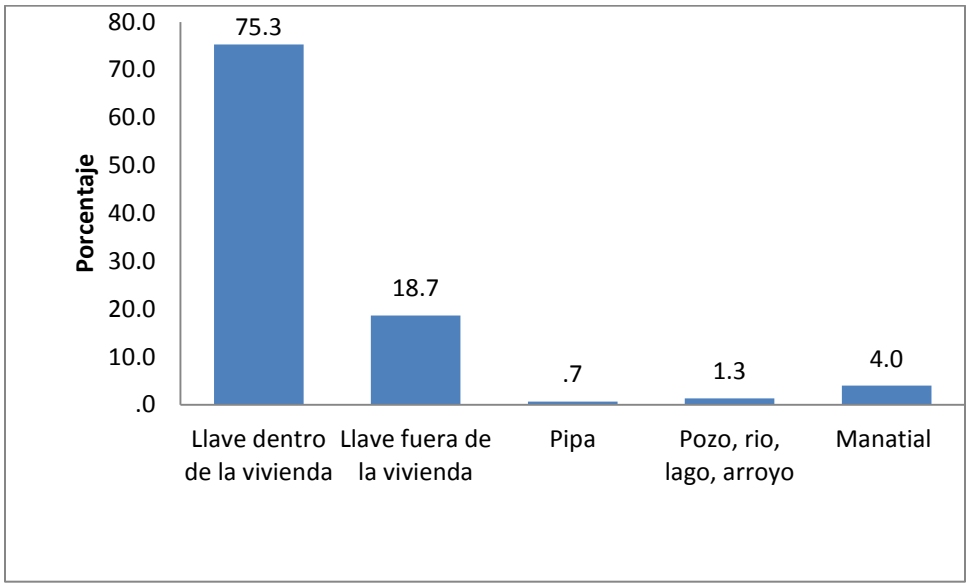
Gráfica 9. Distribución porcentual del material de las techo de las viviendas, UMF 66, 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 9, Apéndice III, n= 151

El material del techo de las viviendas de los sujetos encuestados es de concreto, tabique o ladrillo en un 80% y correspondiente al 14% son de lámina de asbesto o metálica.

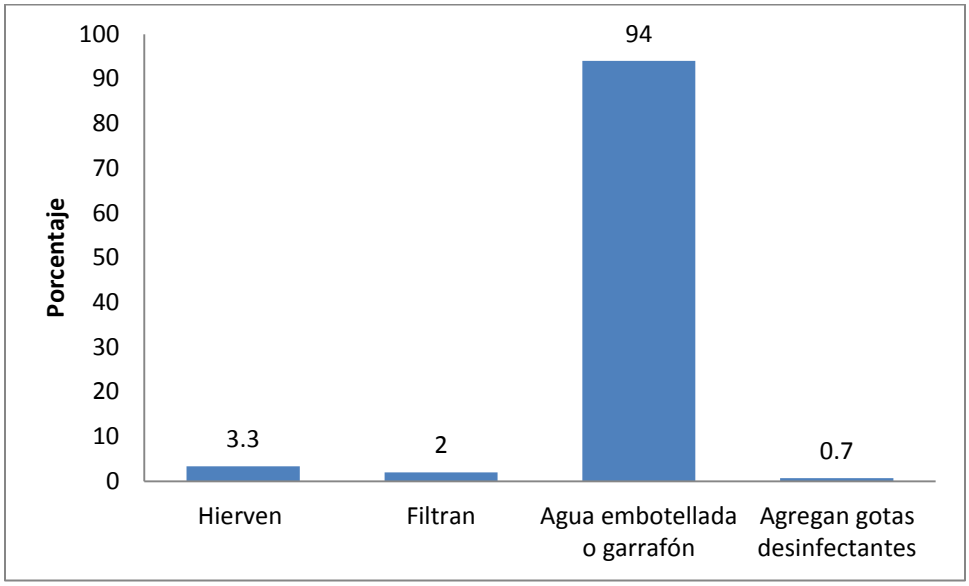
Gráfica 10. Distribución porcentual de disposición de agua de las viviendas de la UMF 66 del IMSS, 2013.



Fuente: Tabla de frecuencias No. 10, Apéndice III, n= 151

El 75.3% de las 151 familias tienen el servicio de agua potable dentro de su vivienda y en un 18.7% se encuentra la llave fuera la vivienda

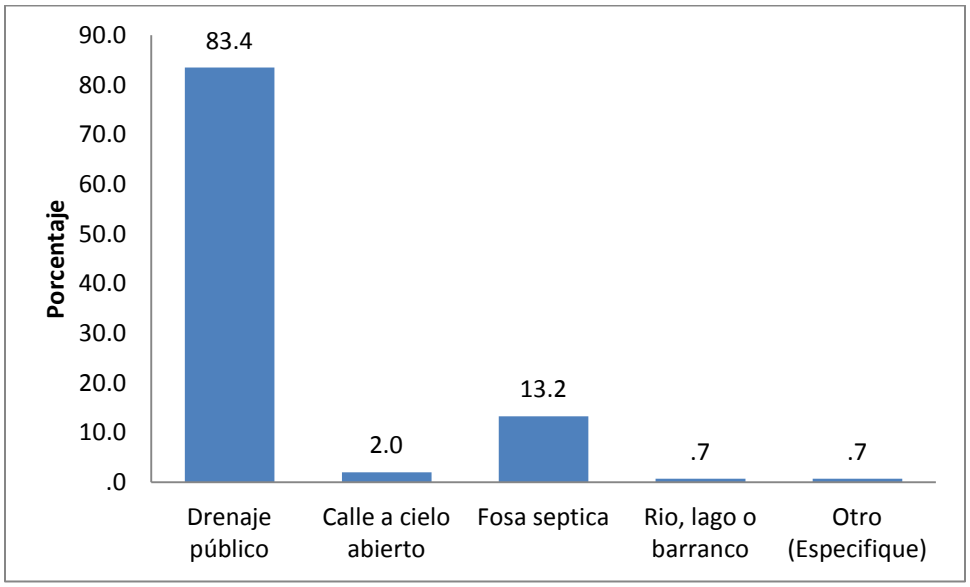
Gráfica 11. Distribución porcentual de disposición de agua para consumo, de las familias de la UMF 66 del IMSS, 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 11, Apéndice III, n= 151

El 94% de las viviendas consumen agua embotellada o de garrafón.

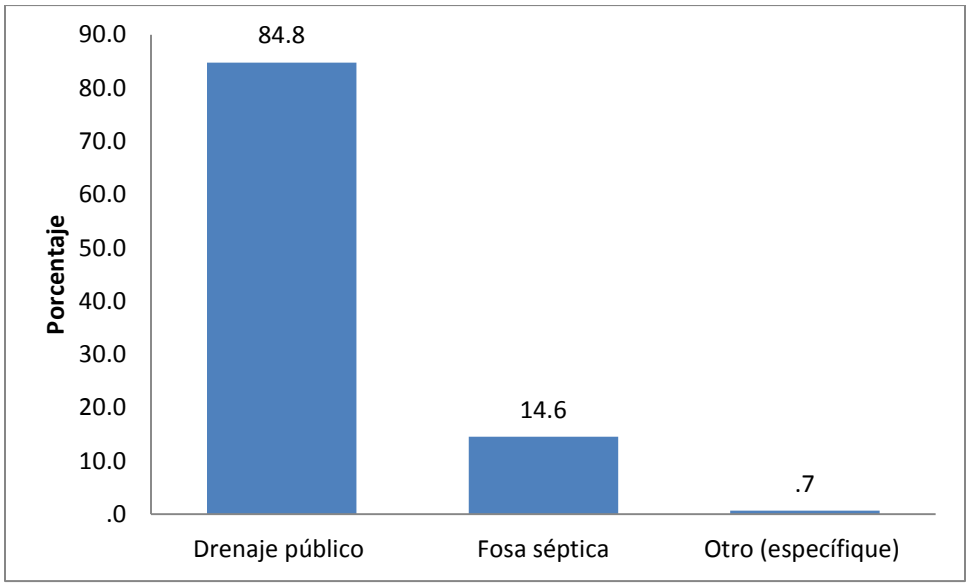
Gráfica 12. Distribución porcentual del tipo de conexión de drenaje de las viviendas de la UMF 66, 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 12, Apéndice III, n= 151

El 83.4% de las viviendas cuentan con conexión de drenaje público, aunque aún en un 13.2% tienen fosa séptica.

Gráfica 13. Distribución porcentual del tipo de desagüe del sanitario o excusado conexión de drenaje de las viviendas de la UMF 66, 2013

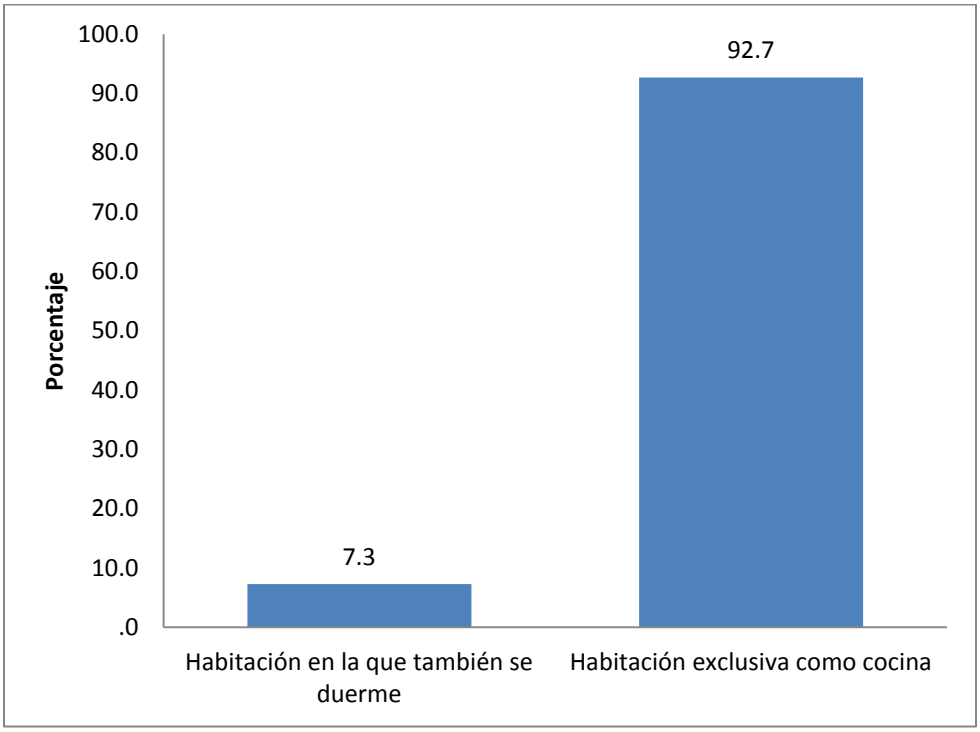


Fuente: Tabla de frecuencias No. 13, Apéndice III, n= 151

Otro: arroyo

En las viviendas de los sujetos el tipo de desagüe del sanitario fueron drenaje público (84.8%) y fosa séptica (14.6%).

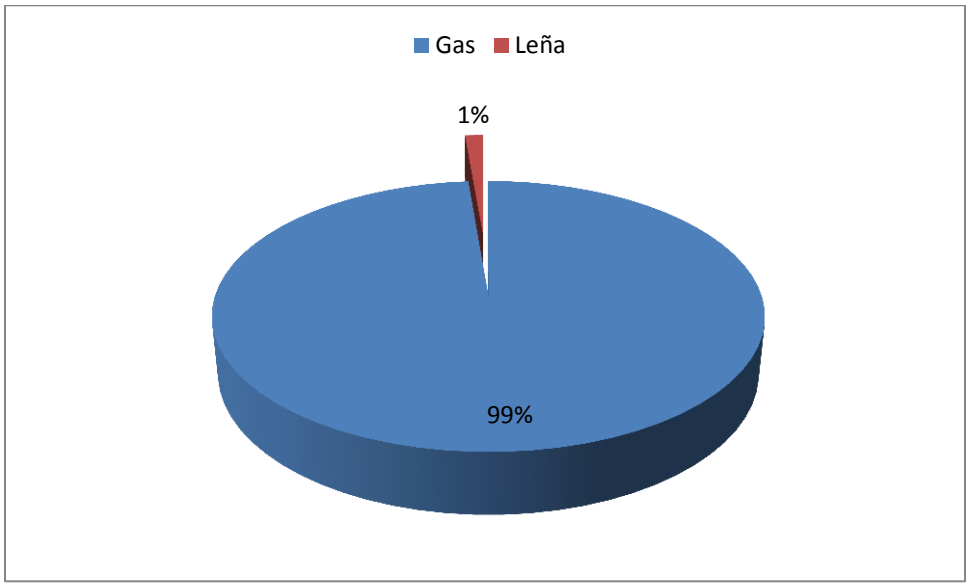
Gráfica 14. Distribución porcentual del espacio que se usa para cocinar en las viviendas, UMF 66, 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 14, Apéndice III, n= 151

Los 151 sujetos refirieron tener en su vivienda una habitación exclusiva para la cocina en un 92.7%.

Gráfica 15. Distribución porcentual del combustible que se usa para cocinar, viviendas UMF 66, 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 15, Apéndice III, n= 151

De las 151 viviendas el 99% refirieron utilizar el gas como combustible.

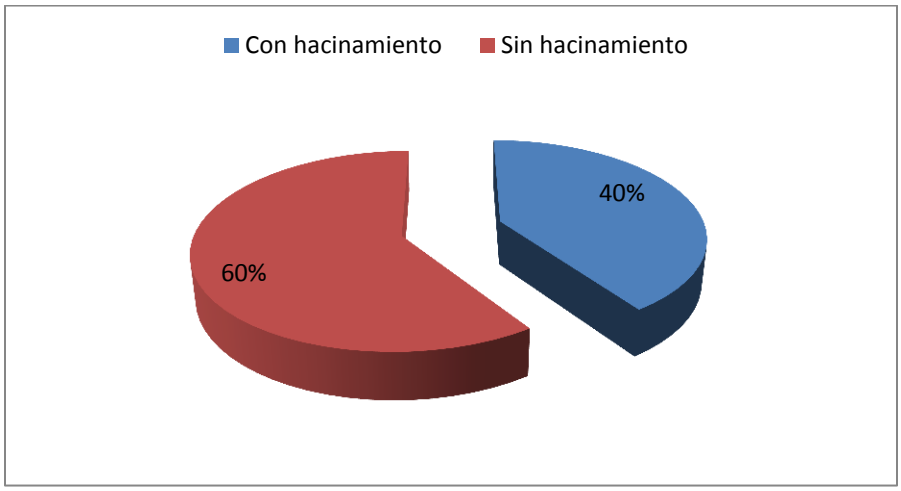
Redactar el número de cuartos que se usan para dormir:

El promedio del número de cuartos por vivienda fueron 2 con un mínimo de 1 cuarto y el máximo de 7 cuartos.

Grafico 16. Distribución en cuartiles de número de cuartos

El gráfico anterior muestra que el 50% de las familias tienen de 2 cuartos destinados para dormir o más por vivienda.

Gráfica 17. Distribución porcentual de hacinamiento en las viviendas de la UMF 66, 2013



Fuente: Tabla de frecuencias No. 17, Apéndice III, n= 151

El 40% de la población de estudio (n=151) vive en condiciones de hacinamiento.

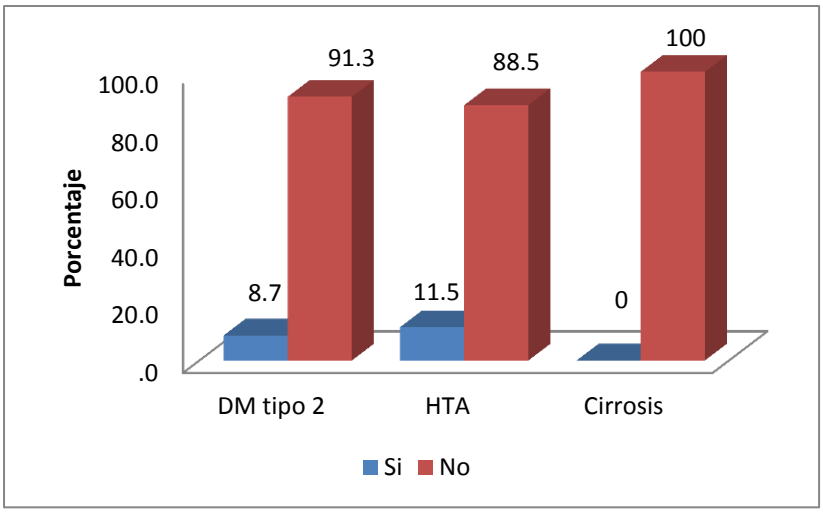
4.2 Daños a la salud priorizados

De acuerdo a los daños prioritarios del municipio de Xalapa, Ver se hizo la medición y análisis de los siguientes daños a l salud: (Apéndice I)

4.2.1 Morbilidades

4.2.1.1 diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cirrosis hepática

Gráfica 18. Distribución porcentual de morbilidad de los usuarios de la UMF 66, 2013

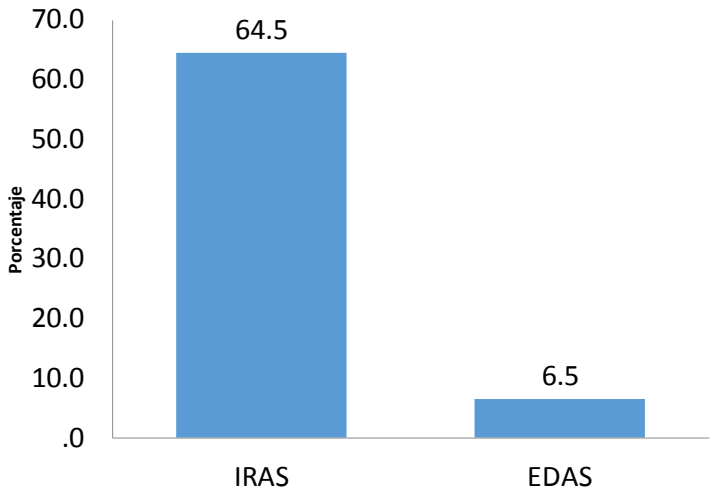


Fuente: Tabla de frecuencias No. 18, Apéndice III, n= 416

En el estudio de la distribución de la morbilidad se observó en los usuarios de la unidad de medicina familiar N°66 tanto de los sujetos encuestados, así como la referencia de algún integrante de la familia de 20 años y más correspondiente a 416 sujetos de los cuales se observó una frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 de 8.7%, de 11.5% de hipertensión arterial y ningún caso de cirrosis hepática.

4.2.1.2 IRAS y EDAS

Gráfica 19. Prevalencia de morbilidad de IRAS y EDAS en niños menores de 5 años de las familias de la UMF 66, 2013



La prevalencia de la población de estudio de IRAS en los 93 niños menores de 5 años fue de 64.5% y el de EDAS fue de 6.5%.

4.3 Factores de asociación de las enfermedades priorizadas

4.3.1 asociación de diabetes mellitus tipo 2 y hipertensión arterial

Tabla 3. Factores de asociación de la DM tipo 2 de las familias de la UMF 66, 2013 (mayor o igual a 20 años)

DM tipo 2					
Factores de Riesgo	**Frecuencia presenta el atributo**	**%**	**OR**	**IC (95%)**	**p-valor**
Antecedentes heredofamiliares	163	39.2	3.675	1.644 - 8.214	0.0016*
Hacer ejercicio	76	18.3	1.8181	0.8366 - 3.9510	0.1927
Hipertensión	48	11.5	5.5714	2.5456 - 11.9587	0.0000*

*Estadísticamente significativo

En la tabla 3 se puede observar el análisis de algunos factores de asociación que se pudieron medir con el instrumento, puesto que este no fue ex profeso para estos fines de análisis. Sin embargo, podemos apreciar que la presencia de antecedentes heredofamiliares como factor presente es estadísticamente significativo, asimismo el tener hipertensión es un factor para la diabetes mellitus.

Por tanto, el riesgo es mayor en 3.6 veces en personas con antecedentes heredofamiliares respecto a los que no cuentan con este antecedente. Asimismo para la diabetes, poseer hipertensión es una factor de riesgo 11.5 veces mayor con respecto a los que no son hipertensos.

Tabla 4. Factores de riesgo de la Hipertensión arterial de las familias de la UMF 66, 2013 (mayor o igual a 20 años)

Hipertensión arterial					
Factores de Riesgo	**Frecuencia presenta el atributo**	**%**	**OR**	**IC (95%)**	**p-valor**
Antecedentes heredofamiliares	141	33.9	5.5714	2.5956 - 11.9587	0.0000*

*Estadísticamente significativo

Existen muchos factores reportados en la literatura asociados a la hipertensión, pero de acuerdo al instrumento aplicado solo se pudo obtener información sobre los antecedentes heredofamiliares el cual en la población se estudio fue estadísticamente significativo.

4.3.2 asociación de EDAS Y IRAS

Tabla 5. Factores de asociación de EDAS de las familias con niños menores de 5 años de la UMF 66, 2013

EDAS n=92					
Factores de Riesgo	**Frecuencia presenta el atributo**	**%**	**OR**	**IC (95%)**	**p-valor**
Bajo peso al nacer	7	8	0.71	0.1499 – 3.4034	0.9894
Lactancia materna exclusiva	63	67	2.5	0.2838 – 22.80	0.6809
Hacinamiento	47	51.0	5.1	0.5736 – 45.68	0.2363
Disposición de drenaje en la vivienda	87	92.6	0.37	0.0375 – 3.7468	0.9448

En tanto que los factores de riesgo explorados sobre EDAS en la población de estudio en menores de 5 años, no resultaron estadísticamente significativos.

Tabla 6. Factores de asociación de IRAS de las familias con niños menores de 5 años de la UMF 66, 2013

IRAS n=92					
Factores de Riesgo	**Frecuencia presenta el atributo**	**%**	**OR**	**IC (95%)**	**p-valor**
Bajo peso al nacer	6	6	*		
Lactancia materna exclusiva	63	68.4	0.619	0.2370 – 1.6168	0.4546
Hacinamiento	48	52.1	1.52	0.6467 – 3.5868	0.4549
Disposición de drenaje en la vivienda	86	93.4	0.709	0.1299 – 3.8764	0.9894

*Celda de enfermos y expuestos con frecuencia 0

De igual forma, para los factores presentes en IRAS en los niños menores de 5 años en la población estudiada no fue estadísticamente significativo.

4.3Tipo de información de las mortalidades

4.3.1 información de diabetes mellitus tipo 2, cirrosis y VIH/SIDA

Tabla 7.Distribución porcentual de información sobre DM tipo 2 en las familias de la UMF 66, 2013

DM		
Causas	**Sí sabe**	**No sabe**
Antecedentes familiares	21.9% (33)	78.1% (118)
Sobrepeso u obesidad	17.2% (26)	82.8% (125)
sedentarismo	16.6% (25)	83.4% (126)
mala alimentación	**36.4%** (55)	63.6% (96)
Signos de alarma	**Sí sabe**	**No sabe**
Orinar frecuentemente	24.5% (37)	75.5% (114)
Mucha sed	**34.4%** (52)	65.6% (99)
Mucha hambre	11.9% (18)	88.1% (133)
Pérdida de peso	11.3% (17)	88.7% (134)
Complicaciones	**Sí sabe**	**No sabe**
Retinopatía	**29.1%** (44)	70.9% (107)
Nefropatía	15.9% (24)	84.1% (127)
Pie diabético	13.9% (21)	86.1% (130)
Neuropatía	5.3% (8)	94.7% (143)
Cardiopatía	7.3% (11)	92.7% (140)

Los individuos encuestados refirieron tener información de la causa más conocida por diabetes mellitus tipo 2 más frecuente fue la mala alimentación en un 36.4%, el signo de alarma más frecuente fue mucha sed 34.4%, y la complicación que dijeron con un 29.1% fue la retinopatía.

Tabla 8. Distribución porcentual de información sobre Cirrosis en las familias de la UMF 66, 2013

Cirrosis Hepáticas		
Causas	**Sí sabe**	**No Sabe**
Alcoholismo	**51.7%** (78)	48.3% (73)
Hepatitis B	2% (3)	98% (148)
Hepatitis C	0.7% (1)	99.3% (150)
Hepatitis medicamentosa	6.6% (10)	93.4% (141)
complicaciones	**Sí sabe**	**No sabe**
Várices esofágicas	9.3% (14)	90.7% (137)
Ascitis	4% (6)	96% (145)
Síndorme hepato renal	6% (9)	94% (142)
Encefalopatía hepática	2% (3)	98% (148)

El 50% de los usuarios de la unidad de medicina familiar No66 refirió tener de la cirrosis conocer al alcoholismo como la causa de la cirrosis y sobre sus complicaciones en aproximadamente un 90% las desconocen.

Tabla 12. Distribución porcentual de información sobre VIH en las familias de la UMF 66, 2013

Ítem	Sí	No	No sabe
Sabe qué significa	73.5%	26.5%	
El VIH es una enfermedad contagiosa	**92.7%**	4.6%	2.6%
Todas las personas con VIH tienen SIDA	38.4%	47.0%	14.6%
Existe algún tratamiento para mejorar condiciones de salud de personas con VIH/SIDA	84.1%	7.9%	7.9%
Las relaciones sexuales son la principal vía de transmisión del VIH	**86.8%**	11.9%	1.3%
La leche materna es una vía de transmisión del VIH/SIDA	37.1%	30.5%	32.5%
El VIH se puede transmitir por un beso	13.9%	83.4%	2.6%
El VIH se puede transmitir si una persona infectada dona sangre	**94.0%**	4.6%	1.3%
El VIH se puede transmitir si una persona infectada saluda de mano a otra	1.3%	96.7%	2.0%
El virus del VIH se puede transmitir por la picadura de un mosquito	40.4%	39.7%	19.9%
Para el Dx de VIH se requiere una prueba de sangre	**94.7%**	1.3%	4.0%

En su mayoría la población de estudio dijo que el VIH es una enfermedad contagiosa, así como la principal vía de transmisión es por relaciones sexuales, además de la aseveración de que el VIH se transmite si una persona infectada dona sangre. La población tenía la información de que existe una prueba de sangre diagnóstica.

5. Análisis de la productividad de los servicios que ofrece

El servicio de medicina familiar a lo largo de 5 años ha incrementado el número de horas trabajadas, en el último año 2012 hubo un incremento de 826 hrs. con respecto de 2011. Aunque en promedio la relación de consulta por hora hubo un déficit porcentual de .22%. Esta relación va en decremento por la implementación de la unidad por abrir el programa de 6 y 7 para consultas de de fin de semana [20]

Tabla 7. Productividad del servicio de consulta médica de la UMF 66

Medicina Familiar					
Concepto	2008	2009	2010	2011	2012
Horas trabajadas	6,101	6,188	6,001	6,453	7,279
Total de consultas	26,091	26,049	24,752	26,820	28,617
Prom. de consultas por hora	4.27	4.22	4.12	4.15	3.93
Prom. de consultas día/medico	22	22	21	22.8	24

Fuente: Diagnostico situacional 2103. UMF No 66

5.1Análisis de los programas que ofrecen (coberturas y metas) relacionados con los daños priorizados)

5.1.1 Diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión

La población derechohabiente del IMSS realiza la detección de la diabetes mellitus tipo 2 a personas mayores de 44 años.[21]

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, considera como factor de riesgo la edad de >45años.[22]

Esta norma establece que alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados.

La ENSANUT 2012 considerando la creciente importancia de la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en edades tempranas incluyo la revisión de diagnósticos médicos previos de estas condiciones entre los adolescentes. En diabetes se encontró que una mayor proporción entre las mujeres (.95%) que los hombres (.46%) de entre 16 y 19 años de edad presentaban un diagnóstico médico previo. Para diagnóstico médico previo de hipertensión se reportó que 1.8% de los adolescentes lo presentaban, de igual manera es mayor entre mujeres con 2.5% que en hombres con 1.2%. Entre las mujeres de 16 a 19 años alcanza un 4% y para los hombres de ese mismo grupo de edad es de 2.2%.[13]

Según la ENSANUT 2012 una proporción de 9.2% de la población adulta (mayor de 20años) tenían un diagnóstico médico previo de diabetes. En las diferentes versiones de la ENSANUT (2000, 2006 y 2012) se observa un incremento del diagnóstico médico previo en relación con el aumento de edad.

Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico de diabetes. México, ENSANUT 2012

Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20 a 29	53.9	0.6	102.7	1.1	156.6	0.8
30 a 39	186.2	2.5	284.8	3.1	470.9	2.9
40 a 49	533.1	8.4	658.6	9.4	1 191.7	8.9
50 a 59	945.7	19.1	1 038.0	19.4	1 983.6	19.2
60 a 69	635.4	24.1	787.2	26.3	1 422.6	25.3
70 a 79	345.3	21.5	502.3	27.4	847.6	24.7
80 y más	143.3	18.9	190.2	20.8	333.5	19.9
Total	2 842.8	8.6	3 563.7	9.7	6 406.6	9.2

*Frecuencia en miles
Fuente: Cuestionario de adultos, ENSANUT 2012

Figura 3. Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico de diabetes. México, ENSANUT 2012

Como se observa en la tabla anterior tan solo en los grupos de edad de 20 a 39 años suman un total de 3.7% del porcentaje total de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico de diabetes.

En cuanto a hipertensión en el caso de los hombres, la prevalencia más baja se registró en el grupo de 20 a 29 años de edad y la más alta en el grupo de 80 o más años. La proporción relativa del diagnóstico realizado durante la encuesta (hallazgo) fue 7.8 veces más grande en el grupo de 20 a 29 años que en el de 80 años o más. En las mujeres, la prevalencia más alta de hipertensión arterial se registró en el grupo de 80 años o más, y la más baja en el grupo de 20 a 29 años. La proporción relativa del diagnóstico de hipertensión por hallazgo de la encuesta fue 3.5 veces más alta en el grupo de 20 a 29 años que en el de 80 años o más.[13]

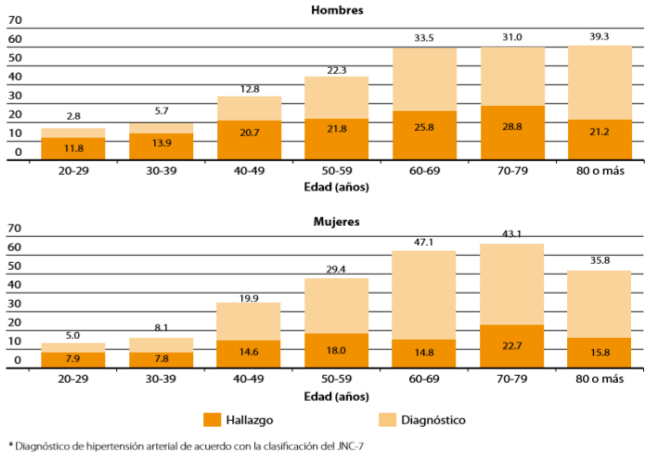


Figura 2. Distribución de los casos de hipertensión arterial por grupo de edad y sexo. México, ENSANUT 2012

5.2 Demanda de los servicios por tipo (institucional, privados, alternativos)

Tabla 8.Demanda de servicios de los usuarios de la UMF N°66

SERVICIO	IMSS	Particular	SS	No aplica	Otro
Consulta médica	80% (121)	18% (27)	2% (3)	_____	1% (1)
Médico especialista	53% (81)	32% (48)	4% (6)	10% (15)	1% (1)
Hospitalización	77% (116)	2% (3)	9% (13)	11% (17)	1% (1)
Estudios de laboratorio	78% (118)	17% (26)	3% (5)	1% (1)	____
Radiografía	76% (115)	9% (14)	4% (6)	11% (16)	-------
Vacunación	80% (122)	1% (1)	16% (25)	2% (3)	1% (1)

El análisis de 151 usuarios de la UMF N°66 sobre la demanda de los servicios indica que un 80% de ellos solicita la consulta médica en la unidad del IMSS. No obstante la población usuaria entrevistada opta por el servicio particular de consulta al médico especialista en un 32% correspondiendo al de mayor demanda alterna. En general los servicios utilizados que los por los usuarias entrevistados de la UMF N°66 son en un 76 a 80%.

5.2.1 Satisfacción de los usuarios por los servicios prestados

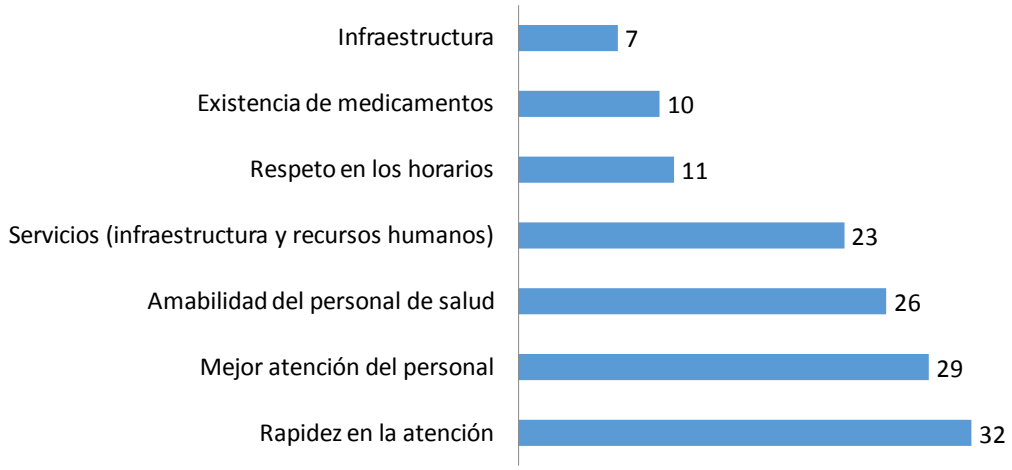
Tabla 9. Satisfacción sobre la atención de los servicios de los usuarios de la UMF No 66. 2013

SERVICIO	Buenos	Regulares	Malos	No aplica
Consulta médica	67 % (101)	28% (42)	5% (8)	_____
Médico especialista	70% (106)	19% (28)	1% (2)	10% (15)
Hospitalización	59% (89)	25% (38)	3% (4)	13% (20)
Estudios de laboratorio	81% (123)	15% (22)	2% (3)	2% (3)
Radiografía	72% (109)	15% (22)	2% (3)	11% (17)
Vacunación	85% (129	13% (20)	2% (3)	1% (2)

Del total de los usuarios de la UMF N°66 entrevistados consideraron que les brinda mayor satisfacción es el médico especialista en un 70%, pero considerando que los usuarios prefieren el servicio privado consulta bueno (59%) considera que la calidad de los servicios es buena en la unidad.

5.2.2 Problemas detectados en la prestación del servicio

Gráfico 20. Problemas mencionados sobre los servicios de salud por los usuarios encuestados de la UMF 66, 2013



La población usuaria de la UMF N°66 considera que la mayor problemática de la clínica es la falta de rapidez en la atención en las consultas con una frecuencia de 32 seguido de una mejora en la atención del personal con la sugerencia de 29 individuos y la amabilidad del personal fue la observación correspondiente aun 26.

6 Discusión

La transición demográfica en los países en vías de desarrollo pasa más rápido que en las regiones más desarrolladas. Los veloces cambios en el tamaño y la estructura por edad de la población implican desafíos que no siempre se resuelven. La transición demográfica alude al paso de niveles de natalidad y mortalidad altos y son control a niveles bajos y controlados. La expansión de los servicios educativos y de infraestructura sanitaria se encuentra entre los principales determinantes del fuerte descenso de la mortalidad, así como la extensión de los servicios de salud. La pirámide demográfica presenta una estructura de forma de progresiva con una base expandida de alta natalidad y una zona superior con disminución de mortalidad de acuerdo a países en desarrollo con un crecimiento estable.[23]

El declive de la fecundidad no empezó hasta mediados de los años sesenta, antes las parejas pocreaban alrededor de 6 niños, a lo largo de su vida fértil, al principio del siglo XX, alcanzado un máximo de 7.2 niños a inicios de los sesenta debido a la gradual difusión de las prácticas de planificación familiar. [23]En la población del estudio el número de hijos por mujer fue 10 niños por cada 21 mujeres en edad fecunda.

De acuerdo al reporte realizado por el Gobierno Federal en el reporte de Estado Actual de la Vivienda en México, menciona que de las viviendas en hacinamiento, 60.4% se ubica en zonas urbanas.[24] A su vez, 84.3% de las viviendas son construidas con materiales precarios se localiza en zonas rurales y urbanas. De acuerdo a lo anterior, se puede apreciar semejanzas en las viviendas de las personas puesto que en un 40% de ellas presentan hacinamiento y de igual manera hay viviendas en condiciones precarias.

El análisis de las morbilidades priorizadas en este diagnóstico de salud fueron las prioritarias de acuerdo del municipio de Xalapa; Ver siendo una de ellas la hipertensión esta una de las morbilidades ha aumentado asociada a enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y falla renal siendo una de las principales causas de mortalidad en México. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud la prevalencia de hipertensión arterial fue de 31.5%.[25] En 2011 en el IMSS los principales motivos de consulta en medicina familiar para adulto mayor (65 años y más) fueron las enfermedades del corazón en un 40%, seguido de la diabetes mellitus con el 24.7% y tercera lugar con el 3.2% la artrosis. Con respecto a las consultas de especialidad las primeras morbilidades fueron las enfermedades del corazón con el 10.1%, tumores malignos el 9.2% y diabetes

mellitus un 6.4%. [26] El panorama de la demanda de servicios en los dos casos son enfermedades derivadas de complicaciones de la hipertensión arterial.

Los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de hipertensión arterial son la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemia y diabetes. [25] Un estudio realizado por Lara y cols demostró que las enfermedades crónicas esenciales del adulto van en aumento exponencial en todos los grupos de edad, pero sobre todo en la población menor de 54 años. La prevalencia de hipercolesterolemia con hipertensión fue de 52.5% no obstante no solo se asoció al tipo de hipertensión sino al estadio. [27] Corroborando lo referido con la literatura en la población de estudio los antecedentes heredofamiliares con un valor de OR 5.5714 (2.5956 - 11.9587) se asocio con padecer hipertensión arterial con un valor de p=0.000 estadísticamente significativo.

De igual manera las infecciones agudas respiratorias son de las enfermedades infecciosas que aún tienen una alta incidencia de acuerdo con las estadísticas oficiales, en México las IRA constituyen la primera causa de morbilidad y egreso hospitalario en los menores de 5 años, con una frecuencia de 13 episodios por cada 100 consultas médicas. En 2012 Posada-Fernández realizó un estudio donde encontró que el riesgo de padecer una IRA resultó tres veces más probable en niños que viven con altos índices de hacinamiento con relación a los no hacinados.[28] A diferencia del estudio la población de la UMF 66 la cual no tuvo significancia estadística. Aún con la prevalencia de IRA en la unidad en 93 niños menores de 5 años fue de 64.5% y debido a la de fecha estacional donde se hizo la medición se considera un fenómeno propio de la época. La prevalencia de la IRAS referida en la ENSANUT 2012 fue 44.9% y el principal signo de alarma fue la fiebre con un 28.6%. [29]

Respecto a las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años, existen diversos factores de riesgo para esta patología, uno de ellos es la ausencia de la lactancia al seno materno, su combinación con el biberón y su abandono temprano que producen un riesgo significativamente elevado de padecer enfermedades de tipo infeccioso, como se presentó en un estudio realizado por Macías Carrillo.* Estos resultados, no coinciden con el hallado en nuestro estudio ya que al realizar el análisis de riesgo, sobre lactancia materna exclusiva este no resultó estadísticamente significativo, posiblemente porque nuestra población estudiada no fue aleatoria[30]

De igual forma, un estudio realizado sobre la enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia, presenta resultados interesantes sobre factores de riesgo para los cuales resultaron estadísticamente el bajo peso al nacer del niño, hacinamiento, escolaridad materna y madres que no se lavan las manos después de ir al baño [31] En el presente estudio se cuantificaron estas variables, los cuales no resultaron estadísticamente significativos en la población de niños menores de 5 años.

En tanto en un estudio realizado sobre prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana de Lima, los resultados obtenidos fueron que de las personas encuestadas 5.63% (12) manifestaron ser diabéticas, y quienes en su mayoría habían recibido educación sobre diabetes. Asimismo, los factores de riesgo relacionados a la diabetes en esta población fueron: sedentarismo, sobrepeso, hipertensión arterial y obesidad. [32] En tanto que en nuestra población de estudio se obtuvo una prevalencia de 8.7% lo que es mayor comparada con la población de Lima. No obstante, en esta población se encontró que los factores de riesgo relacionados se encuentran la herencia (si poseen un familiar con diabetes) y la hipertensión arterial, coincidiendo de esta forma con el estudio anterior en cuanto el factor hipertensión, pero no con la presencia de antecedentes heredofamiliares.

.

7. Conclusión y recomendaciones

Características socio demográficos

De los usuarios encuestados:

- El 23% de las familias la mujer es jefe de familia
- Arriba de un 80% de las viviendas de los usuarios encuestados cuentan con paredes de ladrillo y block, piso de mosaico y cemento, techo de concreto y con servicios de drenaje.
- A pesar de las características de la vivienda el 40% presentó hacinamiento
- El 56.7% es económicamente ocupada y 37% desocupada.

El nivel de escolaridad más frecuente fue de secundaria (28.8%) un 2% con estudios de posgrado y el 8.5% no cuenta con escolaridad

Con respecto a los daños a la salud

- Las enfermedades prevalentes en los usuarios de 20 años y más son las cronicodegenerativas (DM tipo 2 con 8.7% e Hipertensión arterial con 11.5%.
- Para ambas enfermedades el factor de riesgo significativo fue los antecedentes heredofamiliares con una $p \leq 0.001$
- Siguen siendo las IRAS la enfermedad más frecuente en niños menores de 5 años.

Tipo de información que tiene los usuarios de la UMF No 66

- Alrededor del 80% de la población mostró poca información sobre las causas, los signos de alarma y complicaciones de las enfermedades cronicodegenerativas e infecciosas.
- La información más conocida de DM tipo 2 fue la mala alimentación, los signos de alarma (mucha sed) y de complicaciones la retinopatía.
- En cuanto a la cirrosis la causa más identificada el alcoholismo.
- La información respecto a VIH más favorable fue el mecanismo de transmisión y la forma de diagnosticar
-

Servicios de salud

- La demanda es igual entre todos los servicios que ofrece la unidad médica, pero solo en el servicio de médico especialista un 32% prefieren el servicio privado.
- Los problemas que se identificaron fueron la falta de rapidez, mejor atención y la amabilidad.

Promoción a la salud sobre las enfermedades de mortalidad y morbilidad priorizadas en el diagnóstico. Generar programas de promoción para la población vulnerable que cuentan con antecedentes heredofamiliares de DM tipo 2 y de HTA. Realizar estudios sobre factores de riesgo en población de menores de 20 años respecto a las enfermedades priorizadas. Capacitación al personal de salud sobre relaciones humanas.

1. J, Garcia. Proceso general de acción de la salud pública. México, [artículo en internet][Fecha de acceso 4 dic 2013] disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/20.pdf
2. Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
3. Ramos Domínguez BN. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2013 Sep 29]; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200011&lng=es.
4. Lores H. La página del director: el campo de la salud y la aplicación de criterios economicistas. Rev. Hosp. Priv. Comun. [Internet]. 2000 Ene-Jul [consultado 2013 nov 12]; 3(1): 83. Disponible en: http://www.hpc.org.ar/images/revista/168-v3p83.pdf
5. González E. Diagnóstico de Salud en México. 1a ed. México, D.F.: Trillas; 1988.113p.
6. Ladrón de Guevara, E. Diagnóstico de Salud. Instituto de salud pública de la Universidad Veracruzana. Unidad: Introducción a la salud pública. Veracruz (México). Comunicación Directa. Septiembre 2013.
7. Página del Instituto Mexicano de Seguro Social. [Internet]. [Consultado 2013 Septiembre 29]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/memoriaestadistica.aspx
8. Página del Instituto Mexicano de Seguro Social. [Internet]. [Consultado2013 Septiembre 29]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20122013/informecompleto.pdf
9. Página del Instituto Mexicano de Seguro Social. [Internet]. [Consultado 2013 Septiembre 29]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/primer_nivl.aspx
10. IMSS. Diagnóstico de salud de la UMF No. 66 del 2012 Veracruz: Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicio de Prestaciones Médicas; 2012.
11. Sansó Soberats Félix J. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 Sep [citado 2013 Sep 29]; 29(3): 260-267. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es.

12. Ministerio de salud de la protección social y universidad de Antioquia. Análisis de la situación de Colombia 2002-2007. Colombia: imprenta nacional de Colombia; 2010 [Internet] [consulta el 28 de septiembre de 2013] disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20VII--Situacion%20de%20Salud%20en%20Colombia%202002-2007-%20Resumen.pdf
13. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012 resultados nacionales. [Internet] México: 2012 [consulta el 28 de septiembre] Disponible en: http://ensanut.insp.mx/
14. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Censo poblacional y de vivienda 2010. Disponible en: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=27302&s=est
15. Ministerio de salud pública y asistencia social. Diagnóstico nacional de salud. [Internet]. Guatemala: 2012 [consulta el 28 de septiembre de 2013] disponible en http://sitios.usac.edu.gt/ipn_usac/wp-content/uploads/2011/08/Diagnostico-Salud-marzo-2012.pdf
16. IMSS. Diagnóstico situacional 2013 Veracruz: Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicio de Prestaciones Médicas; 2013.
17. IMSS. TRIAGE. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/programas/seguro/Documents/Triage.pdf
18. Página de la Cámara de Diputados. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; (citado Octubre 1 del 2013). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf
19. Página del IMSS. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; (citado Octubre 1 del 2013). Disponible en: http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Documents/LEY%20GENERAL%20DE%20SALUD.pdf
20. IMSS. Diagnostico situacional 2013 veracruz. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicio de Prestaciones Médicas; 2013
21. IMSS. Informe mensual de coberturas y prevalencias. Programa de salud de hombre y mujer de UMF66. Delegación 31 Veracruz Norte
22. Diario oficial de la federación. Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. (Consultado: 12 sep 2013). Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
23. Partida Bush V. la transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Situación demográfica de México, 2004 pp.24-7.

24. Gobierno Federal. Secretaría de Desarrollo Social. Estado Actual de la Vivienda en México, 2010. Disponible en: http://www.ahm.org.mx/docs/asociados/SHF/EAVM2010.pdf
25. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza-Tobias A, Medina-García C y Barquera S. Hipertensión arterial:prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S144-S150.
26. Página del IMSS. Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la situación financiera y los riesgos del instituto mexicano del seguro social 2011-2012 (citado 07 diciembre 2013) disponible en: http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20112012/informecompleto.pdf
27. Lara A, Martin R, Pastelin G, Aguilar C, Attie F, Velázquez-Monroy. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. Arch Cardiol Mex, 2004; 74:231-245
28. Posada- Fernández PE, Retureta-Milán ME, Ferrer Martín Y Rodríguez-Viera. Riesgo de infecciones respiratorias agudas en la población infantil del municipio Ciego de Ávila. Mediciego. 2011; 17 (2).
29. Ferreira- Guerrero et al. Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en méxico. Salud Publica Mex 2013:55 supl 2:S307-S313.
30. Macías-Carrillo Claudia, Franco-Marina Francisco, Long-Dunlap Kurt, Hernández-Gaytán Sendy Isarel, Martínez-López Yolanda, López-Cervantes Malaquías. Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2005 Feb [citado 2013 Dic 09]; 47(1):49-57.Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100008&lng=es.
31. Cáceres D, Estrada E, De Antonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2005; 17(1): 6 – 14.
32. García F, Solís J, Calderón J, Luque E, Neyra L, Manrique H, Cancino R, Castillo O, et al. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. Rev Soc Peru Med Interna 2007; 20 (3): 90 – 94.
33. Hernández Guerson E, Zenteno Cuevas R, Morales Romero J, Rodríguez Romero E, compiladores. Producto de los módulos: Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I (Generación 2007-2009 primer semestre). Xalapa Veracruz: DOCUMASTER; 2010.

APÉNDICE I

PRIORIZACIÓN DE DAÑOS POR MORTALIDAD

Tabla 1. Principales causas priorizadas de mortalidad de la UMF N° 66 de IMSS

Clave CIE 10a Rev	Causas	TMC*	AVPP	REM	PRIORIZACIÓN
I619	Hemorragia intracefálica	3.8552624	246.75	4.0406	1
B20X-B24X	Enfermedad por VIH	5.5075178	1414	1.4104	2
E11	Diabetes mellitus	39.103376	7196	0.734	3
I67	Enfermedades cerebrovasculares	6.0582695	258	0.5394	4
C509	Tumor maligno de mama	3.3045107	537.3	0.3924	5
K746	Otras Cirrosis del hígado	9.913532	635	0.2985	6
K922	Hemorragia gastrointestinal	3.3045107	260.7	0.2839	7
J189	Neumonía no especificada	4.4060142	603.6	0.2535	8
J449	EPOC	3.3045107	140.7	0.1918	9
I20-I25	IAM + Enfermedad isquémica del corazón	13.768794	1522.35	0.1109	10

APÉNDICES II

Tabla 1. Frecuencia de Edad quinquenal y género

		¿es hombre o mujer?		
		HOMBRE	MUJER	Total
edad_discreta	< 1	21	14	35
	1-4	23	23	46
	5-9	22	16	38
	10-14	11	12	23
	15-19	28	26	54
	20-24	20	33	53
	25-29	32	32	64
	30-34	20	24	44
	35-39	22	24	46
	40-44	10	19	29
	45-49	9	15	24
	50-54	15	22	37
	55-59	10	12	22
	60-64	10	14	24
	>=65	16	24	40
Total		269	310	579

Tabla 2. Parentesco

Relación de parentesco con el jefe (a) de familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	JEFE DE FAMILIA	141	24.4	24.4	24.4
	ESPOSO (A) O COMPAÑERO (A)	98	16.9	16.9	41.3
	HIJO (A)	202	34.9	34.9	76.2
	Padre	7	1.2	1.2	77.4
	Sobrino (a)	6	1.0	1.0	78.4
	Nieto (a)	63	10.9	10.9	89.3
	TÍo (a)	1	.2	.2	89.5
	Abuela (o)	3	.5	.5	90.0
	Amigo (a)	9	1.6	1.6	91.5
	Nuera, yerno	23	4.0	4.0	95.5
	Madre	9	1.6	1.6	97.1
	Hermano (a)	5	.9	.9	97.9
	Bisnieto (a)	3	.5	.5	98.4
	Suegro (a)	6	1.0	1.0	99.5
	Cuñado (a)	2	.3	.3	99.8
	Hijastro (a)	1	.2	.2	100.0
	Total	579	100.0	100.0	

Tabla 3. Seguridad social

En qué institución de seguridad social tienes... derecho a servicio médico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	IMSS	480	82.9	82.9	82.9
	ISSSTE	14	2.4	2.4	85.3
	MARINA	1	.2	.2	85.5
	OTRA (ESPECIFIQUE)	35	6.0	6.0	91.5
	NINGUNA	44	7.6	7.6	99.1
	NO SABE	5	.9	.9	100.0
	Total	579	100.0	100.0	

Tabla 4. Frecuencias de ocupación

La semana pasada.... Ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TRABAJO	235	40.6	52.9	52.9
	TENIA TRABAJO PERO NO TRABAJO	7	1.2	1.6	54.5
	BUSCO TRABAJO	2	.3	.5	55.0
	ES ESTUDIANTE	53	9.2	11.9	66.9
	SE DEDICA A LOS QUEHACERES DE SU HOGAR	102	17.6	23.0	89.9
	ES JUBILADO O PENSIONADO	27	4.7	6.1	95.9
	ESTA INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA TRABAJAR	4	.7	.9	96.8
	NO TRABAJA	14	2.4	3.2	100.0
	Total	444	76.7	100.0	
Perdidos	Sistema	135	23.3		
Total		579	100.0		

Tabla 5. Estudios completos

Qué estudios completos tiene...

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNO	39	6.7	8.8	8.8
	PRIMARIA	78	13.5	17.6	26.4
	SECUNDARIA	123	21.2	27.7	54.1
	CARRERA TECNICA O COMERCIAL (DESPUES DE SECUNDARIA)	5	.9	1.1	55.2
	BACHILLERATO	98	16.9	22.1	77.3
	CARRERA TECNICA O COMERCIAL (DESPUES DE PREPARATORIA)	11	1.9	2.5	79.7
	TITULADO DE LICENCIATURA	72	12.4	16.2	95.9
	TITULADO DE MAESTRIA	6	1.0	1.4	97.3
	TITULADO DE DOCTORADO	2	.3	.5	97.7
	NO SABE	10	1.7	2.3	100.0
	Total	444	76.7	100.0	
Perdidos	Sistema	135	23.3		
Total		579	100.0		

Tabla 6. IRAS

En el último mes... IRAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	53	65.4	65.4	65.4
	NO	28	34.6	34.6	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Tabla 7. EDAS

en los últimos 30 dias ... padeció diarrea aguda?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	7	8.6	8.6	8.6
	NO	73	90.1	90.1	98.8
	NO SABE	1	1.2	1.2	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Tabla 8. Diabetes Mellitus, Hipertensión y Cirrosis

	SI	NO
DM	9.1	90.9
HTA	13.1	86.9
Cirrosis Hepática	0	100.0

Tabla 9. Factores de riesgo de Diabetes Mellitus* UMF 66, 2013

Factor	Frecuencia	Porcentaje %
Ejercicio Físico:		
- Sí	70	18.3
- No	312	81.5
- No sabe	1	.3
Percepción Imagen corporal		
- Peso normal	99	25.8
- Sobrepeso	178	46.5
- Obesidad	106	27.7
Antecedentes familiares DM		
- Sí	154	40.2
- No	195	50.9
- No sabe	34	8.9
Edad: mayores de 45 años		
- No mayores de 45 años	245	64
- Sí mayores de 45 años	138	36

*Personas de 20 años y más

Tabla 10. Factores de riesgo de Enfermedades diarreicas agudas* UMF 66, 2013

Factor	Frecuencia	Porcentaje %
Bajo peso al nacer (<2600grs.)		
- Sí	8	9.9
- No	73	90.1
Piso de tierra		
- Sí	27	33.3
- No	54	66.7
Lactancia materna exclusiva		
- Sí	59	72.8
- No	21	25.9
- No sabe	1	1.2

*Niños (a) menores de 5 años

Definición conceptual de Diabetes Mellitus tipo 2: Tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos[1].

VARIABLE ISSSTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMEN-SIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	No.
1.-Síntomas de Diabetes Mellitus tipo 2	Fenómeno patológico o alteración de la normalidad experimentada por la persona que es índice de enfermedad.[1]		1.-Proporción de respuestas correctas que tiene la población sobre los síntomas de la Diabetes Mellitus tipo 2 Los síntomas son: ➢ Orinar con mucha frecuencia ➢ Tener mucha sed ➢ Tener mucha hambre ➢ Pérdida de peso ➢ Otros (especifique) ➢ No sabe ➢ No responde	• Cuantitativa • De razón • Continua ¿Conoce cuáles son los síntomas del azúcar o diabetes mellitus tipo 2? ➢ Orinar con mucha frecuencia ➢ Tener mucha sed ➢ Tener mucha hambre ➢ Pérdida de peso ➢ Otros (especifique) ➢ No sabe ➢ No responde	104
2.-Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2	Presencia de un estado no deseado y / o inesperado en la evolución prevista.[2]		2.-Proporción de respuestas correctas que tiene la población sobre las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 Las complicaciones son: ➢ Retinopatía ➢ Nefropatía ➢ Pie diabético ➢ Neuropatía ➢ Cardiopatía ➢ Otros (especifique) ➢ No sabe ➢ No responde	• Cuantitativa • De razón • Continua ¿Conoce cuáles son las complicaciones que ocasionan el azúcar o diabetes mellitus tipo 2? ➢ Retinopatía ➢ Nefropatía ➢ Pie diabético ➢ Neuropatía ➢ Cardiopatía ➢ Otros (especifique) ➢ No sabe ➢ No responde	106

3.- Causas de la Diabetes Mellitus tipo 2.	Aquello que se considera como fundamento u origen de algo.[3]		3.-Proporción de respuestas correctas que tiene la población sobre las causas de la Diabetes Mellitus tipo 2 ➢ Antecedentes de la enfermedad en los padres o abuelos ➢ Sobrepeso u obesidad ➢ Sedentarismo o falta de ejercicio físico ➢ Mala alimentación ➢ Otros (especifique) ➢ No sabe ➢ No responde	• Cuantitativa • De razón • Continua ¿Mencione todas las causas que conozca para enfermar de azúcar o diabetes mellitus tipo 2? ➢ Antecedentes de la enfermedad en los padres o abuelos ➢ Sobrepeso u obesidad ➢ Sedentarismo o falta de ejercicio físico ➢ Mala alimentación ➢ Otros (especifique) ➢ No sabe ➢ No responde	102
4. Diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2	Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia >200 mg/dl, estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.[4]		Conclusión que da un médico con base a estudios y evaluaciones previas que confirman la presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 que el entrevistado refiera de las personas que habiten en la vivienda	• Cuantitativa • De razón • Continua ¿Algún habitante de la vivienda ha sido diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 o azúcar en la sangre por algún medico? ➢ Si ➢ No En caso de contestar No pasar a la pregunta 53.	45

5.- Tratamiento para personas con diabetes mellitus tipo 2	Tratamiento que tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.[5]	Tratamiento que lleva un individuo que fue diagnosticado por DM2, el cual incluye: Ejercicio físico	Ejercicio físico que el individuo diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2 realiza o no	¿Nombre hace ejercicio físico habitualmente? ➢ Si ➢ No ➢ No sabe ➢ No responde	47
		Dieta especial	Conjunto de alimentos específicos que consumen diariamente los individuos con Diabetes Mellitus tipo 2	¿Nombre sigue una dieta especial para la diabetes? ➢ Si ➢ No ➢ No sabe ➢ No responde	46
		Tratamiento medicamentoso	Medicamentos específicos que son recetados por el médico de una institución pública o privada y que debe seguir el individuo con diabetes mellitus tipo 2	¿Nombre toma algún tratamiento con medicamentos para la diabetes? ➢ Si ➢ No ➢ No sabe ➢ No responde En caso de contestar No, No sabe, No responde pasar a la pregunta 50.	48

				¿En dónde obtiene Nombre este tratamiento? ➢ IMSS ➢ ISSSTE ➢ SSA/SEGURO POPULAR ➢ PEMEX ➢ MARINA ➢ SEDENA ➢ IMSS-OPORTUNIDADES ➢ SAISUV ➢ PRIVADA ➢ OTRO ➢ NO SABE ➢ NO RESPONDE	49
				¿Nombre lleva su tratamiento apegado a lo que la indicó su médico con respecto a sus medicamentos, alimentación y ejercicio? ➢ Si ➢ No ➢ No sabe ➢ No responde Incluir tratamiento prescrito	50
6. Parentesco	Lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen a las personas.[6]		Lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen a la persona entrevistada con los individuos que habitan en la vivienda.	¿Qué es Nombre del jefe de familia? ➢ Esposo (a) o compañero (a) ➢ Hijo (a) ➢ Otro (especifique)	4
7. Antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2	Transmisión de un conjunto de caracteres patológicos para desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 que es de padres a hijos.[7]		Transmisión hereditaria por parte de padres o abuelos por la cual adquirieron antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 que el entrevistado refiera	¿Los padres o abuelos de Nombre tienen o tuvieron diabetes o azúcar en la sangre? ➢ Si ➢ No ➢ No sabe ➢ No responde	9

8. Antecedentes heredofamiliares de Hipertensión arterial	Transmisión de un conjunto de caracteres patológicos para desarrollar Hipertensión arterial que es de padres a hijos.[8]		Transmisión hereditaria por parte de padres o abuelos por la cual adquirieron antecedentes de hipertensión arterial que el entrevistado refiera	¿Los padres o abuelos de Nombre tienen o tuvieron hipertensión arterial o presión alta? ➢ Si ➢ No ➢ No sabe ➢ No responde	10
9. Años de padecer Diabetes Mellitus tipo 2			Años transcurridos desde el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 al momento de la entrevista	¿Cuánto tiempo tiene Nombre de estar enfermo? Consignar en años ➢ No sabe ➢ No responde	51
10. Enfermedad crónica	Estado que presenta síntomas con un tratamiento prolongado, abarca uno o más órganos, afecta el estado de salud de una persona o su funcionamiento psicológico y dura más de 15 días.[9]		Enfermedad de duración mayor de 15 días que hayan padecido alguno de los miembros de la familia que habitan en la vivienda y que refiera el entrevistado	¿Me podría decir si alguno de los miembros de esta familia presenta una enfermedad que le haya durado más de 15 días (crónica)? ¿Quiénes y qué enfermedad padece o padeció? Consigne en cada renglón los años. ➢ No sabe ➢ No responde	6

Bibliografía

1.- Sans Carmen. Metodología para la investigación: las bibliotecas como infomediadoras. Biblio 3W. Revista Bibliográfica De Geografía Y Ciencias Sociales. Universidad De Barcelona [Revista En La Internet].2000 May [Citado 2013 Oct. 17] No. 235. Disponible en: Http://Www.Ub.Edu/Geocrit/b3w-235.Htm

2.- Braier L. Diccionario enciclopédico de medicina. 4ª edición. España: JIMS; 1980.

3.- Folch PA. Diccionario enciclopédico University de términos médicos. México: Editorial Interamericana; 1981.

4.- Morales F. Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós; 1999

5.- Acuña M. Humanización en el cuidado de Enfermería. [sitio en internet] Disponible en: http://www.cymsa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Acu%C3%B1a.pdf Consultado 17 de octubre de 2013.

6. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. [Sitio en internet]. Disponible en: http://legismex.mty.itesm.mx/normas/ssa2/ssa2037-1207.pdf Consultado 31 octubre 2013.

7. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus tipo 2 2012. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/10_2012_Manual_DM2_vFinal_31oct12.pdf Consultado 31 octubre 2013.

8. Diccionario Médico. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/herencia.html Consultado 31 de octubre de 2013.

9. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Adolescencia y enfermedades crónicas: una aproximación desde la teoría de la diferenciación [Sitio en internet]. Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/repi consultado 31 de octubre 2013.

Variable El Castillo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Consumo de tabaco **Preg. 14-17**	*Acción de ingerir tabaco de forma habitual.*	Personas que refieran consumir tabaco de manera habitual, la frecuencia con la que lo ingieren, las cantidades que consumen y si al consumir lo realizan dentro o fuera de su vivienda.	Frecuencia de consumo	Consumo: Diario Semanal Mensual Ocasional	Nominal/ ordinal
			Cantidad de consumo	Número de cigarros que refiera la persona que los consume.	
			Consumo dentro de la vivienda	Personas que refieran consumir tabaco dentro de la vivienda.	

Variable El Castillo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Ejercicio físico **Preg. 29-30**	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye los deportes, el ejercicio y otras actividades, tales como el juego, el caminar, las tareas domésticas, la jardinería o el baile. (OMS, Reporte de 10 datos sobre la actividad física, 2011).	Personas que refieran realizar alguna actividad física, indicando cuánto tiempo le dedican.	Horas a la semana que dedica al ejercicio físico.	Número de horas que refiera la persona realizar ejercicio físico.	Nominal

Variable El Castillo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Percepción de la imagen corporal Preg. 31	*Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste (Raich,2001).*	Selección de la silueta que mejor represente la imagen del encuestado, en un juego de nueve siluetas, en rangos que van desde muy delgada hasta extremadamente obesa (Sorensen y colaboradores).	Peso normal	Silueta con numeración 1, 2 y 3	Intervalo
			Sobrepeso	Silueta con numeración 4, 5 y 6	
			Obesidad	Silueta con numeración 7, 8 y 9	

Variable El Castillo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Uso habitual de los servicios de salud Preg 1 a 6	Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y personal que forman parte del sector salud cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población (Maya Mejía JM., 2003).	Frecuencia con la que los pacientes y/o población acuden a los servicios de salud, para prevención, curación, cuidado y rehabilitación.	Médico especialista Hospitalización Estudios de laboratorio Radiografías vacunas	Nombre y localidad donde se ubica el servicio de salud que habitualmente usa la persona encuestada y su familia

Variable **El Castillo**	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Percepción de la calidad de los servicios de salud Preguntas 6 a la 12	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios salud que recibe para su atención.	Consulta medica	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de consulta médica que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta	Cualitativa Ordinal/nominal	Porcentaje de personas entrevistadas según opinión de la calidad de los servicios de salud recibidos. En buenos, regulares, malos, No aplica y no sabe/ no contesta.
		Consulta especializada	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de consulta especializada que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
		hospitalización	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de hospitalización que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta.		
		Estudios de laboratorio	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de laboratorio que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta.		
		radiografías	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de radiografías que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
		vacunas	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de vacunación que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		

Variable **El Castillo**	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Consumo de alimentos procesados con alto contenido de sal. Preg. 97	Se refiere la frecuencia de consumo de de alimentos procesados como enlatados, mortadela, jamones, etc.	Consumo frecuente de alimentos procesados	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la frecuencia de su consumo de alimentos procesados y puede ser: si, no, no sabe y no contesta.	Cualitativa nominal	Porcentaje de personas entrevistadas que dicen consumir frecuentemente alimentos procesados en sí, no, no sabe y no contesta.

Variable **El Castillo**	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador
Tiempo y manejo de la hipertensión arterial **Preg. 53 a 59**	Tiempo que la persona lleva de ser diagnosticada con hipertensión arterial por un médico y la observación sobre el manejo de su hipertensión mediante tratamiento conductual y medicamentoso	Tiempo con la hipertensión	Número de años que las personas refieran tengan con hipertensión arterial	Nominal y de razón	Años con hipertensión arterial
		Tratamiento para la hipertensión arterial	Personas con hipertensión arterial que manifiesten tomar o no tomar tratamiento medicamentoso para su control.		Valores absolutos y relativos de personas con y sin tratamiento farmacológico.
		Institución donde obtiene el tratamiento	Institución de salud que mencione el entrevistada le otorga su tratamiento farmacológico.		Valores absolutos y relativos de las diversas instituciones de salud que otorgan tratamiento farmacológico a las personas con hipertensión arterial.
		Apego al tratamiento medico	Entrevistados que refieran apego al tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio.		Valores absolutos y relativos de las personas que refieran o no apego a su tratamiento médico.
		Enfermedades agregadas	Personas que respondan tener colesterol alto y/o diabetes		Porcentaje de personas que tengan hipercolesterolemia y diabetes

Variable Revolución	**Definición conceptual**	**Dimensiones**	**Definición Operacional**	**Tipo variable/ Escala medición**	**Indicador**
Cirrosis Hepática Morbilidad **Revolución**	**Es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas. Es un proceso que forma septos fibrosos y de nódulos de regeneración que**	**Presencia de Cirrosis Hepática**	**Personas referidas por el entrevistado que hayan sido diagnosticadas por un médico con Cirrosis hepática.**	**Cualitativa dicotómica**	**Prevalencia** Preg. 60

	causan la distorsión de la arquitectura y anatomía vascular normal.[3]				
		Tipo	**Tipo de Cirrosis que el entrevistado refiera de la persona que la padece en la vivienda.** **Alcoholo-nutricional=1** **Por Hepatitis=2** **Otra(Especifique)=3** **No sabe=588** **No responde=599**	**Cualitativa Politómica**	**Prevalencia y Frecuencia** Preg. 61
		Alcoholismo	El entrevistado referirá si las personas que padecen Cirrosis Hepática en la vivienda toman 7 cervezas o más copas a la semana.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas con Cirrosis hepática que presentan alcoholismo.** Preg. 64
		Trasfusiones	El entrevistado referirá si las personas que padecen Cirrosis Hepática en la vivienda recibieron trasfusiones de sangre antes de 1990.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas con Cirrosis hepática que recibieron trasfusiones sanguíneas antes de 1990.** Preg. 65
Información de la Cirrosis hepática. **Revolución**	Información con la que cuenta una persona de cierto tema específico.	Causas	El entrevistado referirá si conoce las causas para enfermar por Cirrosis hepática.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje estimado de personas que conocen las causas de la Cirrosis hepática. Preg. 110

			El entrevistado referirá todas las causas que conoce para enfermar por Cirrosis hepática, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Alcoholismo=1 Hepatitis B=2 Hepatitis C=3 Hepatitis Medicamentosa=4 Otros(Especificar)=5 No sabe=588 No contestó=599	Cualitativa Politómica	Porcentaje estimado de personas por cada causa que mencionan conocer. Preg. 111
		Complicaciones	El entrevistado referirá si conoce las complicaciones para morir por Cirrosis hepática.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje estimado de personas que conocen las complicaciones para morir de la Cirrosis hepática Preg. 112
			El entrevistado referirá todas las complicaciones que conoce para morir por Cirrosis hepática, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Varices esofágicas=1 Ascitis=2 Síndrome hepato-renal=3 Encefalopatía hepática=4 Otros(Especificar)=5 No sabe=588 No contestó=599	Cualitativa Politómica	Porcentaje estimado de personas por cada complicación que mencionan conocer. Preg. 112
Información de la Hepatitis B y C **Revolución**	Información con la que cuenta una persona de cierto tema específico.	Causas	El entrevistado referirá si conoce las causas para enfermar por Hepatitis B o C.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje estimado de personas que conocen las causas de la Cirrosis hepática. Preg. 108

			El entrevistado referirá todas las causas que conoce para enfermar por Hepatitis B o C, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Trasfusiones de Sangre=1 Por inyección de jeringas contaminadas=2 Por inyección de drogas=3 Contagio transplacentario=4 Otros(Especificar)=5 No sabe=588 No contestó=599	Cualitativa Politómica	Porcentaje estimado de personas por cada causa que mencionan conocer. Preg. 109
Alcoholismo	Es el conjunto de manifestaciones físicas, cognoscitivas y del comportamiento, que incluyen la presencia de distintos síntomas tales como: tolerancia al alcohol, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales.[8]	Presencia de Alcoholismo	El entrevistado referirá si alguna de las personas de la vivienda toma 7 cervezas o más copas a la semana.	**Cualitativa dicotómica**	**Prevalencia** Preg. 18

Revolución		Control sobre las bebidas alcohólicas	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda puede dejar de beber cuando toma una copa.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas sin control sobre las bebidas alcohólicas** Preg. 19
		Estado de embriaguez	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda se emborracha cada vez que bebe.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas que llegan al estado de embriaguez.** Preg. 20
		Incremento la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda bebe cada vez más cantidad de alcohol y con más frecuencia.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas que han incrementado la frecuencia y cantidad en el consumo de alcohol.** Preg. 21
		Deseo persistente de consumo de alcohol	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda desea continuar bebiendo a pesar de los problemas con la familia, trabajo, los amigos y accidentes.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas que presentan deseo persistente de consumo de alcohol.** Preg. 24
		Cambios de estado anímico	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda muestra cambios del estado anímico cuando bebe.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas que muestran cambios del estado anímico cuando beben.** Preg. 25
		Reconocimiento del problema	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda reconoce que tiene un problema de alcoholismo.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas que reconocen su problema de alcoholismo.** Preg. 27

Revolución		Daños o accidentes	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda ha sufrido o provocado daños y accidentes cuando bebe.	**Cualitativa Dicotómica**	**Porcentaje estimado de personas que han sufrido o provocado daños y accidentes por el consumo de alcohol.** Preg. 28
Defunciones	Permite conocer las causas por lo que fallece la Población y las características de ésta al morir.	Sexo	Sexo que el entrevistado refiera de las personas que fallecieron en la vivienda el año 2012.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de hombres y mujeres. Preg. 69
		Edad	Número de años o meses que el entrevistado refiera de las personas que fallecieron en la vivienda en el año 2012.	Cuantitativa de razón continua	Media de la edad de personas que murieron por la causa que el entrevistado mencione. Preg. 70
		Enfermedad o motivo de fallecimiento	Enfermedad que el entrevistado refiera causó la muerte de las personas que fallecieron en la vivienda en el año 2012. Pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Diabetes mellitus=1 Hipertensión arterial=2 Cirrosis hepática=3 VIH/SIDA=4 Diarreas=5 Infecciones respiratorias=6 Otros(Especificar)=7 No sabe=588 No contestó=599	Cualitativa Politómica	Porcentaje de personas fallecidas por cada enfermedad. Preg. 71

		Silueta	Número de silueta que el entrevistado refiera de las personas mayores de 18 años.	Cualitativa Nominal Politomica	Porcentaje de personas con sobrepeso que fallecieron en la vivienda en el año 2012. Preg. 72
Revolución		Alcoholismo	El entrevistado referirá si las personas que fallecieron en la vivienda el año 2012 tomaban 7 cervezas o más copas a la semana.	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje de fallecidos con la característica de alcoholismo. Preg. 73.

Referencias

1. Joven J, Villabona C, Julia G. Diccionario de medicina. España: Marín, S.A. Barcelona 1990; 289.
2. CornachioneLarrínaga M.A, Urrutia A, Ferragut L.C. Guía para el cuidado de ancianos con problemas. Córdoba: Editorial Brujas 1ra ed. 2005; 21.
3. García-Bueya L, González-Mateosb F, Moreno-Oteroa R. Cirrosis Hepática Medicine. 2012;11(11):625-33
4. Consejo Nacional de Fomento educativo, Consejo Nacional de Población. ¿Qué es sexualidad? y ¿Qué es sexo? en Sexualidad, información básica para adolescentes. México: 4ta ed. 1990; 14.
5. Medline. Biblioteca Nacional de Medicina EE.UU. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000279.htm [Consultado en 18/10/13]
6. Transmission of Hepatitis C Virus infection. MMWR [en línea] 1997 Julio 4 [fecha de acceso 18 de octubre de 2013]; 46.
7. Consejo Nacional Contra las Adicciones. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/guiaalc.pdf [Internet]

Variable San Roque	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Tipo de variable / Escala de medición	Indicador:	No.
Información general sobre VIH/SIDA	Suceso capaz de transmitir conocimientos entre un emisor y receptor a través de un medio de comunicación, sobre aspectos generales del VIH/SIDA[1].	Información general sobre VIH/SIDA[2]	Se considera informada si la persona encuestada contesta correctamente los ítems: 114-118, 124[b]-125[a]	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem	114-118, 119-124[a]
		Información sobre las vías de transmisión del VIH[2]	Se considera informada si la persona encuestada contesta correctamente los ítems: 119-124[a]	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem	119-124
		Información sobre prevención del contagio de VIH[2]	Se considera informada si la persona encuestada contesta correctamente al ítem: 125[b]	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con información correcta	125
				Cualitativa Ordinal Nivel de información Nulo=0 Bajo = 1 o 2 Medio = 3 o 4 Alto = 5 o 6	Porcentaje de personas en cada nivel de información sobre transmisión del VIH	

Variable San Roque	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador	
Información proporcionada por la unidad de salud	Suceso capaz de transmitir conocimientos entre un emisor y receptor a través de un medio de comunicación, proporcionados a la población por la unidad de salud a la que acuden [1].	Se considera que la persona encuestada ha recibido información si contesta afirmativamente acerca e alguno(s) de los siguientes temas: Diabetes mellitus o azúcar. Hipertensión arterial o presión alta. Cirrosis hepática. VIH/SIDA. Enfermedad diarreica aguda. Infecciones respiratorias agudas. Lactancia materna. Otra (especifique).|	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas que contesten afirmativamente	126-133

Referencias

1. Enciclopedia Hispánica. MACROPEDIA. Estados Unidos: EncyclopaediaBritannicaPublishers, INC; 1995 (volumen 8).
2. SSA. Norma oficial mexicana, NOM-010-SSA2-2010, “Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana ". 2010.
3.

Variable **UVISA**	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores	**No. de pregunta**
Nacimiento	Es aquel que refiere a la finalización del embarazo humano, es decir, el momento en el cual el bebé deja el útero materno para empezar a formar parte del mundo**.**	Niños y niñas que nacieron en la vivienda del entrevistado entre enero y diciembre del año 2012	Cuantitativa De razón	Frecuencia de nacimientos	2

Variable **UVISA**	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador	**No. de pregunta**
Percepción del gasto en el uso de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre el gasto en que incurre la familia cuando utiliza los servicios de salud de mayor frecuencia	Opinión que emite la persona entrevistada sobre el gasto en transportes, comida, pagos al médico, medicamentos u otros pago cuando acude a los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del gasto en que incurre cuando usa los servicios de salud, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta	13 a 18

Variable **UVISA**	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador	**No. de pregunta**
Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión y sugerencias que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia	Opinión de la calidad de los servicios de salud	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buena, regular, mala o no aplica.	Cualitativa Ordinal y Nominal	Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del servicio de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia: Buena, regular, mala.	19
		Otros servicios que ofrece la unidad	Otro tipo de servicios adicionales a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) que ofrece la unidad a la que la persona entrevistada y su familia acuden con mayor frecuencia.		Porcentaje de personas que mencionan haber recibido servicios distintos a los mencionados (consulta general, consulta con médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías y vacunas) y cuáles.	20

		Sugerencias para mejorar los servicios de salud	Sugerencias que le entrevistado refiera para mejorar los servicios de salid a los que él o su familia acuden		Porcentaje de personas con sugerencias propuestas y tipo de sugerencia.	21

Variable **UVISA**	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador	**No. de pregunta**
Infecciones respiratorias agudas (IRAs)	Se denomina así a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días. Considerando como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: 1. Resfriado común 2.Faringoamigdalitis 3. Otitis media 4. Crup 5. Neumonía	Casos nuevos acumulados de IRAs, ocurridos durante los últimos 30 días, previos a la entrevista en los habitantes de la vivienda en menores de cinco años y reportados por el entrevistado.	Cuantitativa De razón	Porcentaje de personas que enfermaron por IRAs, señalando el porcentaje que se encontró en el grupo de edad vulnerable: niños menores de 5 años y adultos mayores de 60 años.	7
Acceso a servicios de	Servicios de Salud constituyen servicios	Con derecho a servicio médico en	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas	5

salud	institucionales que contribuyen a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud. Abarca tanto a las proporciones de la población beneficiada por los servicios de salud como a los requerimientos específicos que plantean las características sociodemográficas de los distintos grupos sociales	alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Marina) Seguridad pública (Seguro popular) o asiste a algún centro de salud o institución privada. Sin derecho a servicio médico, es la imposibilidad para acceder a algún servicio de salud.		entrevistadas con posibilidad de acceso a los distintos servicios de salud.	

Variable **UVISA**	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador	**No. de pregunta**
Condición de actividad económica	Situación que distingue a la población de 14 años y más, según hayarealizado o no alguna actividad económica, en la semana anterior a la aplicación del	Personas de 14 años y más, de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o que se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías para población económicamente no activa: estudiante, quehaceres del hogar, jubilado / pensionado, incapacitado permanentemente para trabajar o no trabaja.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas de 14 años o más cuya condición de actividad económica es: trabaja, tenía trabajo pero no trabajó, buscó trabajo, es estudiante, se dedica a los quehaceres de su hogar, es jubilado/pensionado,	11

	cuestionario.			está incapacitado permanentemente, no trabaja.	
Condición de alfabetismo	Proceso mediante el cual una persona puede aprender a leer y a escribir, dos actividades o funciones que le permitirán comunicarse con el resto de los seres humanos a un nivel más profundo y abstracto.	Condición de alfabetismo, situación que distingue a la población de 14 años o más según declara saber leer y escribir un recado.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas alfabetas y analfabetas	12

Nivel de Escolaridad	Estudio más alto aprobado por la población de 14 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional.	Personas de 14 años y más, que registren el grado escolar concluido. Los niveles son: primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje de personas entrevistadas de más de 14 años con determinado nivel de educación concluido.	13

Variable **UVISA**	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	**No. de pregunta**
Cuidado del niño menor de 5 años por parte de su responsable	Conjunto de actividades de higiene y cuidado que realiza el responsable del niño menor de 5 años.	Lavado de manos del menor de 5 años	Momentos en los que el responsable del menor de 5 años le lava las manos o verifica que este se las lave, considerando: -Adecuado. Antes de comer y después de ir al baño -Inadecuado. Hacerlo sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	39
		Lavado de frutas y verduras que ingiere el menor de 5 años	Tipo de lavado que realiza el responsable del menor de 5 años de las frutas y verduras que este consume, considerando: -Adecuado. Las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta			40

			-Inadecuado. Las come tal cual sin lavarlas o desinfectarlas.			
		Agua que se le da a beber al menor de 5 años	Tipo de agua que provee el responsable al menor de 5 años, considerando como: -Adecuado. La hierven, le ponen gotas desinfectantes, utilizan filtro, compran agua embotellada. -Inadecuado. La usan tal y como la obtienen de la llave.			41
		Lavado de manos del responsable del menor	Momentos en los cuales se lava las manos el responsable del menor de 5 años, considerando: -Adecuado: antes de comer y después de ir al baño. -Inadecuado: sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.			42

Variable **UVISA**	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores	**No. de pregunta**
Capacitación del responsable en el manejo de enfermedades IRAs y EDAs	Proceso de ayuda ofrecido al individuo orientada a resolver problemas de salud en el menor de 5 años.	Orientación en el manejo de IRAs y EDAs recibida por el responsable del menor de 5 años de edad.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de los responsables de menores de 5 años con orientación en el manejo de IRAs y EDAs.	43-44

Variable **UVISA**	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores	**No. de pregunta**
Nutrimentos para reducir el riesgo de enfermar por infecciones respiratorias agudas	Nutrimento es toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo. Las frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas A, C y D representan un factor protector contra infecciones respiratorias agudas.	Aporte de vitaminas A (brócoli, espinaca, leche y derivados, etc); C (cítricos, berro, tomates, papaya, etc.); y D (pescado, huevos, vísceras, etc.) entre otros alimentos, que refirió consumir la persona y los miembros de su familia el día anterior a la entrevista, considerando como inadecuado el no haber consumido al menos una porción de cada uno.	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas que dicen consumir vitaminas A C y D en los grupos de alimentos mencionados.	99

Variable **UVISA**	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	**No. de pregunta**
Higiene personal	La higiene personal es un grupo de prácticas individuales, como	Técnicas para estornudar y toser	Técnicas adecuadas o inadecuadas para proteger a las demás personas al estornudar o toser, considerando: -Adecuado: cubrirse con un pañuelo o con la parte	Cualitativa Nominal	Porcentaje de personas con prácticas adecuadas de higiene personal	98

	los hábitos de aseo personal, que sirven para mejorar o conservar la salud		interna del codo. -Inadecuado: cubrirse con la mano o no hacer nada			
		Frecuencia en la higiene personal (bañarse)	Frecuencia con que refiere el entrevistado bañarse en la semana, considerando: -Adecuado: 4 a 7 veces o más de 7 veces. -Inadecuado: 1 a 3 veces			100

Variable IMSS	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Escala de medición**	**Indicador**	**ítem**
Bajo peso al nacer	Niño o niña que pesa al nacer menos de 2,500 gr. (hasta 2 499 gr inclusive), independientemente de su edad gestacional. Referencia: NOM-034-SSA2-2010, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.	Es el peso corporal que refiera el entrevistado del niño o niña al nacimiento de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional. Categorías • Con antecedente de bajo peso al nacer es el peso del recién nacido de 2,499 gramos, independientemente de su edad gestacional. • Sin antecedente de bajo peso al nacer el peso del recién nacido de 2,500 gramos o más independientemente de su edad gestacional.	Cualitativa Ordinal Politómica	Porcentaje de cada una de las categorías. Promedio de peso al nacer.	32
Ausencia de lactancia materna exclusiva	La ausencia de la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como	Niños y niñas menores de cinco años que refiera el entrevistado que durante los primeros 6 meses a partir del nacimiento no recibieron otro alimento o bebida, incluyendo	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de niños y niñas sin antecedent	33

Variable IMSS	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	ítem
	único alimento durante los primeros seis meses de vida. Referencia: NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación en materia de alimentaria.	agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales. Categorías: • Con antecedente de lactancia materna exclusiva • Sin antecedente de lactancia materna exclusiva		e de lactancia materna exclusiva.	

Ablactación **IMSS**	Es la incorporación a la dieta del lactante de alimentos distintos a la leche materna o su sucedáneo, realizándose gradual y progresivamente a partir de los 6 meses de edad o de acuerdo con las necesidades específicas de cada lactante. NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.	Es la edad de la incorporación a la dieta del niño o niña diferente a la leche materna que refiera el entrevistado.	Cuantitativa de razón	Media de edad en meses	34
IRAS **IMSS**	Se denomina así a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días[3]. Considerando como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: 1. Resfriado común.	Integrante de la familia que en el último mes haya presentado alguna enfermedad respiratoria aguda	Cualitativa Dicotómica	Incidencia de casos de IRAS	35

	2. Faringoamigdalitis. 3. Otitis media. 4. Crup. 5. Neumonía Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. D.O.F. 22 de septiembre de 1999. Disponible desde: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html	de acuerdo con la respuesta del entrevistado. Categorías: Sí presento No presento			

Atención de IRAS **IMSS**	Conjunto de acciones para la, atención médica o personal de enfermedades, que se desarrollan con el fin de preservar o recuperar la salud del individuo, la familia o la comunidad.	Establecimiento de atención médica de salud donde asiste el entrevistado para la curación de IRAS y se categorizará: 1 médico de institución de salud (especificar institución) 2. médico particular 3. farmacéutico 4.curandero 5.automedicación 6. nadie 7 otro (especificar) 588 No sabe 599 No responde	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de atención para IRAS.	36
EDAS **IMSS**	Síndrome clínico que se acompaña de la expulsión frecuente de heces laxas o acuosas y a menudo otros signos y síntomas como vómitos, fiebre,				37

	deshidratación y desequilibrio de electrólitos. Es una manifestación de infección por muy diversos patógenos bacterianos, víricos y parásitos intestinales. Referencia: Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. 17ª ed. Chin J., editor. Washington, DC: OPS; 2001.				

Atención de EDAS **IMSS**	Conjunto de acciones para la, atención médica o personal de enfermedades, que se desarrollan con el fin de preservar o recuperar la salud del individuo, la familia o la comunidad.	Establecimiento de atención médica de salud donde asiste el entrevistado para la curación de EDAS y se categorizará: 1 médico de institución de salud (especificar institución) 2. médico particular 3. farmacéutico 4.curandero 5.automedicación 6. nadie 7 otro (especificar) 588 No sabe 599 No responde	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de atención para EDAS.	38

Tipo de material con el que está elaborado el piso de la vivienda **IMSS**	Clasificación de las viviendas particulares según el elemento predominante en los pisos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	El tipo de material con el que está elaborado principalmente el piso de la vivienda de que refiera el encuestado mayor de 18 años mediante interrogatorio directo u observación. Se categorizará en: 1.Tierra 2.Cemento o firme 3.Mosaico, granito o mármol 4.Madera u otros recubrimientos 5. Otro. Especifique	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje del tipo de material con el que está elaborado el piso de la vivienda	75
Techo de la vivienda **IMSS**	Material predominante en el techo de la vivienda Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Tipo de material con el que se encuentra realizado el techo de la vivienda y se obtendrá por medio de la entrevista realizada a los participantes. Y se categorizará en: Material de desecho o reciclado Lámina de cartón Lámina de asbesto o metálica 4. Palma o madera 5. Teja 6. Concreto, tabique, ladrillo o cerrado con viguería 7. Otro. Especifique	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de material del techo de la vivienda.	76
Material de pared o muro **IMSS**	Material predominante en las paredes de la vivienda Referencia: Censo de	Tipo de material con el que se encuentra realizado las paredes y de la vivienda y se obtendrá por medio de la entrevista realizada a los participantes. Y se categorizará en: 1. ladrillo, block o concreto 2. material de desecho o reciclado 3. lámina de cartón	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje de cada una de las categorías de material de las paredes de	77

	Población y vivienda 2010, INEGI	4. Lámina de asbesto o metálica 5. Carrizo, bambú o palma 6. Embarro o bajareque 7. Madera 8. Otro. Especifique		la vivienda.	
Tipos de disponibilidad del agua **IMSS**	Clasificación de las viviendas particulares según la forma en que los ocupantes se abastecen de agua para consumo personal y doméstico. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Forma en que se abastece de agua para consumo y uso doméstico en la vivienda que refiera el encuestado y se obtendrá la información por interrogatorio u observación. Se categorizará en: 1. De la llave dentro de la vivienda 2. De la llave fuera de la vivienda 3. De pipa 4. De un pozo, río, lago, arroyo u otra 5. De manantial	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje del tipo de disponibilidad de agua de la vivienda	78
Tratamiento de agua de consumo **IMSS**		Tratamiento que se le da al agua antes de ser ingerida que refiera el entrevistado. De acuerdo a las siguiente se categorizará en: 1. La toman tal y como la obtienen 2. la hierven 3. le ponen cloro 4. la filtran 5. compran agua embotellada o en garrafones 6. le agregan gotas desinfectantes	Cualitativa nominal politómica		79

		588 No sabe 599 No contesta			
Cocina **IMSS**	Cuarto de la vivienda que se utiliza para preparar o calentar los alimentos, independientemente de que tenga otros usos.	Una vivienda tiene cocina cuando allí se pueden preparar los alimentos, sin importar si el cuarto para prepararlos también se utiliza como dormitorio, sala, comedor, u otro. De acuerdo con las respuestas de los encuestados, éstas podrán ubicarse en dos categorías. Categorías: • Con cocina • in cocina	Cualitativa, nominal. • Dicotómica	Porcentaje de las viviendas que cuentan con una habitación donde se preparan o calientan alimentos independientemente de que tenga otros usos.	80
Número de cuartos **IMSS**	Cuarto de la vivienda que se utiliza para dormir, independientemente de que también se realicen otras actividades. Referencia: Censo de	Número de cuartos que refiera el encuestado que utilizan en la vivienda para dormir.	Cuantitativa Discreta	Frecuencia absoluta Media	81

	Población y vivienda 2010, INEGI				
Presencia de drenaje **IMSS**	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Se interrogará a las personas de la vivienda si cuentan o no con drenaje, para clasificar posteriormente el tipo de drenaje con el que cuenta. Categorías • Si cuenta con drenaje la vivienda • No cuenta con drenaje la vivienda	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas que cuentan con drenaje.	82
Conexión de drenaje **IMSS**	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas.	Sistema de drenaje de la vivienda que refiera el entrevistado con las categorías: • Al drenaje público • A la calle o cielo abierto • A una fosa séptica • A un río, lago o barranca • Otro (especifique)	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de cada una de las categorías del tipo de conexión de drenaje.	83
Disponibilidad de tasa, excusado o sanitario **IMSS**	Distinción de las viviendas particulares según la	La instalación sanitaria en la vivienda que refiera el entrevistado para el desalojo de los desechos humanos y se obtendrá la información por interrogatorio. Se categorizará en:	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con tasa, excusado	84

	existencia de una instalación sanitaria para el desalajo de los desechos humanos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	1. Sí 2. No		o tasa.	
Conexión de agua del servicio sanitario. **IMSS**	Capacidad de la instalación sanitaria para recibir normalmente agua con descarga directa de un depósito (conexión de agua), o en forma manual, con la finalidad de eliminar los desechos. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Es la vivienda que cuenta con instalación sanitaria con conexión de agua que refiera el encuestado. Se obtendrá la información por interrogatorio u observación. Se categorizará en: 1. Sí 2. No	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con conexión de agua del servicio sanitario.	85

Tipo de desagüe de la instalación sanitaria de la vivienda. **IMSS**	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	El tipo de drenaje o desagüe con el que cuenta la vivienda se obtendrá por interrogatorio y se categorizará en: 1. al drenaje público 2. a fosa séptica 3.letrina con desagüe 4.otro (especifique)	Cualitativa Nominal politómica	Porcentaje de viviendas con desagüe de drenaje público.	86
Uso de sanitario **IMSS**	Uso compartido de la instalación sanitaria con los habitantes de otra vivienda. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Es el uso exclusivo del sanitario, tasa o excusado que refiera el entrevistado. La categorías son: 1. Sí 2. No	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de las viviendas con uso exclusivo de sanitario para los habitantes.	87

Disponibilidad de luz eléctrica **IMSS**	Distinción de las viviendas particulares según la existencia de luz eléctrica, independientemente de la fuente de que provenga	Es la vivienda que refiera el encuestado que cuente con servicio de energía eléctrica sin importar la fuente de donde provenga. Categoría: 1. Sí	Cualitativa nominal dicotómica	Porcentaje de viviendas con energía eléctrica	88

		2. No			
Uso de combustible para cocinar	Cualquier material capaz de liberar energía cuando se oxida esto con el fin de preparar o calentar alimentos en la vivienda. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Combustible más utilizado para preparar o calentar alimentos en la vivienda. Categorías • Gas • Leña • Carbón • Otro: especificar	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas que utilizan algún combustible para cocinar o calentar alimentos	89
Depósito de basura de la vivienda	Formas de eliminar la basura de la vivienda. Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	De acuerdo a las formas de que las personas depositan la basura de la vivienda, esta se puede categorizar como: • En bolsa • Bote con tapa • Bote sin tapa • En bolsa colocada dentro de un bote tapado • Al aire libre • Otro: especificar	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas de acuerdo a la forma de depósito de la basura	90
Lugar de almacenamiento de la basura	Formas de almacenamiento de la basura de la vivienda.	De acuerdo a las formas de que las personas almacenan la basura de la vivienda, esta se puede categorizar como: • Dentro de la vivienda • Fuera de la vivienda • Otro: (especificar)	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas de acuerdo al almacenamiento de la basura	91
Destino de la basura **IMSS**	Formas de eliminar la basura de la vivienda Referencia: Censo de Población y vivienda 2010, INEGI	Es la forma de eliminación de la basura que refiera el encuestado y se categorizará en: • se recolecta por el servicio de limpia pública • se quema • se entierra • otros (especificar)	Cualitativa nominal politómica	Porcentaje de viviendas de acuerdo al destino de la basura.	92

<table>
<tr>
<td>Higiene de los alimentos (frutas y verduras)</td>
<td>Son las medidas necesarias para garantizar que los alimentos no se contaminen y conservar la salud de quien los consumen.

Secretaría de salud</td>
<td>Son las medidas de higiene que el entrevistado realiza a las frutas y verduras y se categorizará en:
1. nada, las come tal cual
2. las desinfecta con gotas desinfectantes
3. las lava con agua y jabón
4. las lava y desinfecta
5. otros (especificar)</td>
<td>Cualitativa nominal politómica</td>
<td>Porcentaje de cada una de las medidas de higiene de los alimentos.</td>
<td>93 y 94</td>
</tr>
<tr>
<td>Nivel de Vida IMSS</td>
<td>Disponibilidad de bienes materiales e instalaciones en la vivienda que proporcionan comodidad, acceso a algunos medios masivos de comunicación o facilitan las tareas domésticas.
Nivel de vida familiar bajo:
Que refleje ingresos (de 0 a 10 puntos) en relación a los bienes materiales que poseen.
Nivel de vida familiar medio: Que refleje ingresos (de 11 a 28 puntos) en relación a los bienes materiales que poseen.
Nivel de vida familiar alto: Que refleje ingresos (de 29 a 55</td>
<td>Se medirá a través de un índice ponderado de acuerdo a los siguientes valores:
<table>
<tr><th>Bien</th><th>Puntos</th></tr>
<tr><td>Licuadora</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Radio o radiograbadora</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Televisor</td><td>3</td></tr>
<tr><td>Reproductor de DVD o blu-ray</td><td>4</td></tr>
<tr><td>Calentador de agua</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Refrigerador</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Teléfono fijo</td><td>7</td></tr>
<tr><td>Lavadora</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Computadora</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Automóvil o camioneta</td><td>10</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ponderación</td></tr>
<tr><td>Bajo</td><td>0 a 10</td></tr>
<tr><td>Medio</td><td>11 a 28</td></tr>
<tr><td>Alto</td><td>29 a 55</td></tr>
</table></td>
<td>Cualitativa ordinal</td>
<td>Porcentaje de la población con nivel económico familiar: Bajo, medio y alto</td>
<td>95</td>
</tr>
</table>

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Alumnos:

Cynthia Alarcón Mora

Itzel Lissanca Arizmendi Lima

Sergio Cuéllar Rufino

Yanet Juárez Vázquez

Laura Rosalía Martínez Gutiérrez

Sede: Unidad Médica Familiar ISSSTE-INMECAFE

Asesor interno:

M.C. Román Nieto Ramírez

Asesores externos:

Dra. Dulce María Cinta Loaiza

Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra

Xalapa, Ver. Viernes 6 de diciembre de 2013

Índice

1. Marco referencial…….……. 4
1.1 Marco teórico……. 4
1.2 Marco empírico……. 10
1.3 Marco contextual…….. 11
1.4 Marco jurídico…… 14
2. Planteamiento del problema……. 20
2.1 Delimitación del problema y justificación…….. 20
2.2 Pregunta de investigación……... 21
2.3 Objetivo general…… 21
3. Metodología……..…….. 22
3.1 Diseño de la investigación…….. 22
3.2 Definición del universo y/o muestra……... 22
3.3 Definiciones conceptuales de variables e indicadores……... 25
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información…… 25
3.5 Elaboración y prueba de los instrumentos de recolección de la información…… 26
3.5.1 Resultados de la prueba piloto……. 29
3.6 Definición de los mecanismos para la recolección, el procesamiento y el análisis de la información…… 29
4. Recolección y procesamiento de la información…..…… 30
4.1 Descripción de la recolección de la información……. 30
4.2 Descripción del procesamiento de la información……... 30
4.4 Indicadores para la descripción de la información……..... 30
5. Resultados del diagnóstico de salud…….…… 32
5.1 Características demográficas……. 32
5.2 Daños a la salud: Priorización…… 38
5.3 Daños a la salud……... 41
5.3.1 Diabetes mellitus tipo 2…….. 42
5.3.2 Hipertensión arterial…… 49
5.3.3 Consumo de tabaco…… 55
5.3.4 Cirrosis hepática……..…… 58
5.3.5 VIH-SIDA…….. 60
6. Servicios de salud…….. 63
6.1 Población de responsabilidad……. 63
6.2 Características físicas de la unidad……... 63
6.3 Características del personal de salud……... 66
6.4 Servicios que se ofrecen……. 66
6.5 Análisis de la productividad de los servicios que se ofrecen……. 66

6.5.1 Personal de enfermería…….. 68
6.6 Análisis de los programas que se ofrecen……. 69
7. Conclusiones…….. 70
8. Propuesta…… 72
9. Discusión……. 73
10. Experiencia grupal y de aprendizaje……. 78
11. Bibliografía…… 80

1. Marco referencial

1.1 Marco teórico

En la salud pública, la planificación es un proceso que define los problemas de salud de la población, además de que permite la identificación de necesidades y demandas, así como localizar recursos, establecer metas y llevar a cabo acciones administrativas y técnico-médicas que lleven por medio de la salud al desarrollo económico y social de un país.[1]

La planificación de la salud ha llegado a ser considerada como un proceso científico, que ha tenido que atravesar por una serie de propuestas metodológicas que ha influenciado cambios sociales y económicos en diferentes países de América Latina.[2]

Hoy en día la planificación es una herramienta básica para un sanitarista, al permitirle tener bases científicas para la toma de decisiones y con ello planificar a futuro. Una definición operativa de planificación es "el proceso de cambio por medio del cual se establecen las bases para la toma racional de decisiones encaminadas a lograr el futuro que se desea. Como cualquier proceso científico, la planeación tiene una lógica interna coherente y dinámica que es posible analizarla por etapas y limitantes que cumplir en el tiempo. Uno de los procesos dentro de la planificación es el diagnóstico de salud.[3]

Según Mario Testa[4], el diagnóstico de salud es "la primera etapa de planificación en el campo de salud; es la investigación en Salud Pública que tiene por objetivo la evaluación de salud de una colectividad, así como proponer alternativas viables y factibles para la resolución de los problemas detectados". Dentro de los diagnósticos de salud encontramos tres tipos: administrativo, estratégico e ideológico y se definen a continuación:

- El diagnóstico administrativo mide recursos y cuantifica metas, relacionando mediante procedimientos que se aproximan a alguna forma de evaluación

que implique algún grado óptimo. Da prioridad al nivel de los servicios de salud y tiene relación con una fase del proceso de atención médica, lo que lo hace un diagnóstico muy utilizado para programar las actividades de salud.

- El diagnóstico estratégico prevé un pensamiento guiado con la intención de inducir cambios y estudiar las fuerzas sociales en cada uno de sus niveles. Desde el punto de vista epidemiológico no sólo proporciona criterios para elegir las categorías que se usan para el análisis del estado de salud, sino que además las explica.
- El diagnostico ideológico se fundamenta en la legitimación basada en la propuesta de salud y el sistema social en el que se hace la propuesta, no siguiendo los niveles formales sino teniendo en cuenta las prácticas y conocimientos de los sujetos sociales, es decir, incluyendo ideología sanitaria conceptualizada relacionando la conciencia sanitaria con la conciencia social.[4]

La Secretaria de Salud define al diagnóstico de salud como un proceso de evaluación que mide, compara y determina la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud-enfermedad de la población.[5]

La finalidad de realizar un diagnóstico de salud es identificar los problemas de salud que afectan en un determinado tiempo a una población determinada, posterior a la detección, se deben diseñar acciones y estrategias que lleven a una posible solución.[6]

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2012, se estima que en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico. De estos mexicanos que han sido diagnosticados y que están en tratamiento, 5.7 millones mantienen su padecimiento controlado.[7]

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica en la cual hay niveles altos de azúcar en la sangre. La insulina es una hormona producida por el páncreas para

controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas. A nivel mundial hay más de 347 millones de personas con diabetes. En México, la diabetes figura entre las primeras causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2012 reportaron 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en México han recibido un diagnóstico de diabetes. En el estado de Veracruz la diabetes ocupa la tercera causa de muerte por enfermedad, mientras que en Xalapa es la primera causa de mortalidad.[7]

Factores de riesgo para los daños priorizados

Biológicos

Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2

- Sobrepeso y obesidad
- Familiares de primer grado con diabetes
- Personas mayores de 45 años de edad
- Mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional, mujeres con antecedente de ovarios poliquísticos; asimismo, se considera dentro de este grupo a las personas con hipertensión arterial (>140/90), dislipidemias (colesterol HDL <40 mg/dl, triglicéridos >250 mg/dl).
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores).[8]

Socioculturales

- El riesgo de muerte asociado a diabetes es mayor entre los grupos socioeconómicos desfavorecidos en los que se detecta más desempleo y

una baja escolaridad, así como una menor tendencia a practicar un estilo de vida saludable.

- Esta es una de las conclusiones de la “Geografía de la Diabetes: Las desigualdades sociales y el riesgo de muerte”, un trabajo desarrollado por la portuguesa Paula Santana, especialista de la geografía de la Salud y del Plan Urbano Sustentable.
- Los ambientes de privación socio-material crean un caldo de cultivo para la diabetes, principalmente la de tipo 2, que se contrae normalmente en edad adulta.
- Este contexto es tendente a crear “comportamientos menos saludables”, como el sedentarismo, y propicia además una mayor ingesta de calorías y la práctica de dietas pobres en granos integrales.
- La privación socio-material unida a un deficiente acceso a los cuidados de salud o a una inaccesibilidad a establecimientos con productos alimentarios frescos potencian aún más el riesgo de muerte por diabetes.[9]
- Del total de diabéticos diagnosticados, 14.2% (poco más de 900 mil) no se encuentran en tratamiento y por lo tanto están retrasando acciones de prevención de complicaciones.
- Por condición de aseguramiento: únicamente 4% de los que reportaron contar con aseguramiento privado no se atiende, 27.5% de los diabéticos que no cuentan con protección en salud (cerca de 280 mil individuos) no han acudido para atenderse de este padecimiento durante al menos un año. Entre los afilados al SPSS, este porcentaje es de 13% (256 mil personas), y 11% (378 mil personas) para los que se atienden en la seguridad social.[7]

Económicos

- De acuerdo a las encuestas del ENSANUT del 2000, 2006 y 2012 la prevalencia de diabetes por diagnóstico previo fue mayor en zonas urbanas que en rurales. Con respecto al Nivel Socio Económico (NSE), la prevalencia fue similar en el alto en comparación con el medio y el bajo en

la ENSANUT 2012[7]; mientras que fue mayor en el NSE alto en comparación con el medio y el bajo en la ENSANUT 2006. Por tipo de institución de protección en salud, el porcentaje mayor fue en quienes contaban con seguridad social y el más bajo fue en quienes no tenían seguridad social.[9] Sin embargo según la ENSANUT del 2000[10], el efecto de la DM2 se magnifica al afectar con mayor frecuencia a grupos de población cuyos factores sociales o económicos limitan su acceso al tratamiento, presentándose la enfermedad más frecuentemente en personas mayores de 60 años y en grupos de baja escolaridad o cuyos ingresos no superaban los dos salarios mínimos.

Ambientales

En la sociedad moderna actual se puede evidenciar una alarmante disminución en la práctica de actividades físicas, debido a múltiples factores como la sistematización de los procesos productivos y de la vida cotidiana; que han influido en la construcción de estilos de vida pasivos relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes. Por tal razón, en las últimas décadas se ha desarrollado un importante interés en el estudio de cómo la falta de práctica de actividad física (sedentarismo) afecta directamente la salud y el bienestar de la población.[11]

El sedentarismo es la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad. La inactividad física incrementa todas las causas de mortalidad, duplica el riesgo enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, y la obesidad.[12]

Los niveles de inactividad son altos tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. En los países desarrollados más de la mitad de los adultos son físicamente inactivos. En las ciudades grandes en vías de desarrollo, la inactividad física es aún mayor. Aglomerando la pobreza, el crimen, el tráfico, la mala calidad del aire y la falta de parques, los deportes y medios de recreación convierten al ejercicio en una opción difícil. Incluso en las áreas rurales de los países desarrollados los pasatiempos sedentarios, como mirar la televisión, son

cada vez más comunes. Inevitablemente, los resultados son aumentos de los niveles de obesidad, diabetes, y de enfermedades cardiovasculares.[13]

Una de las enfermedades relacionadas con el sedentarismo es la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), denominada la diabetes del adulto. En la actualidad, se presenta más en los niños y adolescentes, por múltiples factores génicos y medioambientales, tales como la obesidad y el sedentarismo. La DM2 es una enfermedad progresiva que se caracteriza por la resistencia de la insulina y por la secreción de insulina deteriorada. Para compensar estas disfunciones metabólicas, las células-beta pancreáticas comienzan a sobreproducir insulina; sin embargo, este mecanismo compensatorio ocasiona un eventual agotamiento de dichas células, una secreción deteriorada de la insulina y una deficiencia relativa de la insulina.[14]

Entre los pacientes con DM2, las enfermedades cardiovasculares, especialmente las macrovasculares, son la primera causa de mortalidad. Un bajo nivel de actividad física, una dieta deficiente y el peso excesivo, especialmente alrededor de la cintura, aumentan significativamente su riesgo de desarrollar diabetes.[15]

Las actividades físicas de intensidad moderada como caminar rápido reducen substancialmente el riesgo de DM2. Es conocido que los ácidos grasos, derivados del tejido adiposo, pueden interferir con la señalización de la insulina en los músculos, y por consiguiente, la proporción de glucosa retirada de la circulación e introducida en los músculos, se tarda. En los individuos sedentarios, la acumulación excesiva intramiocelular de triglicéridos se asocia con la resistencia de la insulina. Así parece que los metabolitos de los lípidos interfieren con la señalización de la insulina. Estas observaciones, y otras en individuos muy obesos y pacientes con diabetes tipo 2, sugieren que malas proporciones de oxidación de ácidos grasos están asociadas con la insulinoresistencia. Además, al igual que en la obesidad y DM2, se aumentan las proporciones de ácidos grasos transportados a los músculos, como la acumulación excesiva de metabolitos de los lípidos en el interior de la célula, interfieren con señalización de la insulina, puede ocurrir como

resultado de las malas proporciones de oxidación ácidos y el aumento de las proporciones de ácidos grasos transportados hacia los músculos. La acumulación intramiocelular excesiva de lípidos puede ser evitada con el ejercicio, que mejora la capacidad de oxidación ácidos grasos.[16]

La cirrosis hepática es uno de los principales problemas de salud en México, ya que es la sexta causa de mortalidad general y la tercera en hombres de 15 a 64 años de edad, Este padecimiento constituye una de las 10 principales causas de hospitalización en las instituciones de salud, con una elevada tasa de mortalidad (20.3 defunciones por 100 000 habitantes). El impacto social y económico de la cirrosis hepática probablemente ha sido desestimado en favor de otro tipo de padecimientos, y a pesar de que ésta es considerada como un problema de salud pública, no se le ha estudiado formalmente en épocas recientes. No se cuenta con suficiente información epidemiológica acerca de esta enfermedad en la población mexicana, y la que existe se encuentra habitualmente fragmentada.[17]

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a nivel mundial se ha cobrado más de 25 millones de vidas en los últimos tres decenios. En México para el 2012, la prevalencia de infección por VIH en población adulta del país de 15 a 49 años, era 0.24% se estima que en el país había cerca de 170,000 personas viviendo con VIH en México. Veracruz es uno de los estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH y de sida en 2012 con una tasa de 10.4 por 100 mil habitantes.[18]

1.2 Marco empírico

La unidad médica familiar ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y de Servicios de Trabajadores del Estado) Inmecafé cuenta con dos estudios previos una tesis y un diagnóstico de salud, el primero realizado en 1998 por el M.C. Mtro. César Augusto Lara Hakim, en donde reporta que las infecciones respiratorias agudas y la hipertensión arterial son la principal causa de afectación en la población adscripta a la unidad. De igual manera reporta que el abastecimiento de medicamentos no es adecuado para la población.[19]

El segundo estudio corresponde a un diagnóstico de salud realizado en el año 2007-2008 por estudiantes de primer semestre de la Maestría en Salud Pública, donde su objetivo fue conocer el estado de salud-enfermedad de la población adscripta a la unidad médica ISSSTE Inmecafé, así como la percepción del estado de salud de los usuarios, prestadores de servicios y directivos para la toma de decisiones. Es un estudio de tipo observacional-transversal, con abordaje cuantitativo y cualitativo. El abordaje cuantitativo empleó un muestreo aleatorio simple en donde se seleccionaron 196 viviendas que correspondían a derechohabientes de la unidad ISSSTE Inmecafé se aplicó un cuestionario que contenía variables sociodemográficas, características de vivienda, morbilidad y mortalidad. Para el abordaje cualitativo se empleó un muestreo teórico estratificado, se seleccionó a 6 personas referentes a la institución (2 usuarios, 2 prestadores de servicios y 2 directivos) y el procedimiento para la obtención de la información fueron las entrevistas focalizadas y la observación.[20]

Los resultados obtenidos mostraron que había más mujeres adscriptas que hombres (56.4% y 43.6% respectivamente), así como el 99.5% de la población se reportó como alfabeta y 55.8% de la población se ubicaba como económicamente activa. Dentro de las principales causas de morbilidad se encontraron Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Hipertensión arterial (HTA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), mientras que para mortalidad son IRAS, Diabetes Mellitus (DM) y Cirrosis. En cuanto a la calidad de los servicios de la salud, la población percibió como buena, así como una percepción del estado de salud enfocada a las enfermedades, mientras que los prestadores de salud mostraron principalmente percepciones institucionales.[20]

1.3 Marco contextual

Antecedentes de la Unidad

En el año de 1978, se creó el primer consultorio del ISSSTE, lo que actualmente es la Unidad Médica Familiar Inmecafé. Una de las primeras personas que llego a vivir a esa colonia el señor Ramiro Ortega Salas nos comentó en una entrevista

informal que la razón por la cual se fundó la unidad de salud fue para brindar atención médica a los empleados que llegaron de México pertenecientes a la empresa Inmecafé los cuales fueron enviados a laborar en la zona de Veracruz. Cabe destacar que el inmueble fue donado por la propia empresa (Inmecafé) donde se labora desde entonces.

Ubicación y nombre de la unidad

Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafé, ubicada en la calle Tuxtla Gutiérrez esquina Oaxaca Colonia Inmecafé.

Área de influencia de la unidad y población de responsabilidad

La población que asiste a la unidad es aproximadamente 1000 usuarios, de las siguientes zonas: Colonia Pedregal de las Animas, Colonia Inmecafé, Colonia Sahop, Colonia Sipeh Animas, Colonia Indeco Animas, Fuente de las Animas, Agua Santa 1 y 2, Jardines de las Animas, Vista Hermosa de las Animas, Dos vistas de las Animas y Acueducto Animas.

La unidad presta atención médica a cualquier derechohabiente de las dependencias afiliadas a la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE); por ejemplo: Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Educación de Veracruz (SEV), etc.

Características de la demanda del servicio

- La población que requiere mayor asistencia médica en este módulo de consulta externa es del sexo femenino y pacientes mayores de 40 años.
- Adultos mayores hipertensos y diabéticos.
- Mujeres con síndrome metabólico.

Los derechohabientes asisten mayormente para abastecerse de medicamentos, los más solicitados son para: Hipertensión, Diabetes, Depresión y Ansiedad.

La mayoría de los pacientes residen en la periferia de la unidad, aunque también acuden personas de otras colonias. En la atención a la población abierta, solo se da la toma de signos vitales.

Descripción del personal de salud

Horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.

- Cesar Augusto Lara Hakim, Médico Cirujano y Maestro en Ciencias con Especialidad en Farmacia Clínica.

- Román Nieto Ramírez, Médico Cirujano (responsable a partir del 17 de septiembre del presente).

- Ana Jazmín Lagunés del Carmen, Pasante de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería Universidad Veracruzana.

- Josefa Jiménez Alonso, Personal de intendencia (no forma parte del personal ISSSTE ya que fue contratada por la empresa de limpieza Quásar Lav.

Actividades:

Medico:

Consulta médica, actividades administrativas (pago de servicios), supervisión de actividades realizadas por la enfermera.

Enfermera:

Toma de signos vitales, aplicación de inyecciones, realización de los programas de salud tales como prevención y promoción dentro de la unidad; actividades administrativas (elaboración de reportes mensuales de los pacientes que acuden a

la unidad, estadísticas, inventario de medicamentos y material así como el pedido de los mismos).

Organización de la unidad

La unidad no cuenta con manuales de organización sin embargo si cuenta con un manual de procedimientos de enfermería. Los sistemas de información incluyen la hoja diaria médica y la hoja de reporte de mensual. Los reportes que se elaboran son llenados a mano y posteriormente son enviados al área de estadística de la clínica hospital ISSSTE de Xalapa, para su concentración.

Servicios que ofrece la unidad

Consulta externa, curaciones, inyecciones, signos vitales, referencia a especialistas, expedición de incapacidades, prescripción de recetas; programas de control de diabetes e hipertensión; programa tercera edad envejecimiento saludable; promoción y prevención de la salud mediante pláticas individuales sobre factores de riesgo de las principales enfermedades en la población inscrita a esta unidad de salud.

*La información anterior fue obtenida a través de la entrevista realizada al médico y la enfermera.

1.4 Marco jurídico

Cuando se habla de salud y leyes se debe primero que nada referir a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su primer título, que habla de los derechos humanos y sus garantías individuales en el párrafo 4 del Artículo 4 menciona lo siguiente “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.[21]

En según plano se enlista la Ley general de salud[22] la cual menciona lo siguiente:

Artículo 1°. Reglamenta el derecho a la protección a la salud que tiene toda persona la cual establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2°. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana

Titulo segundo Sistema Nacional de Salud (SNS). Capítulo uno disposiciones comunes.

Artículo 6°. I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

Titulo tercero Prestación de los servicios de salud. Capítulo 1 Disposiciones comunes.

Artículo 23. Para los efectos de esta Ley, 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.

Capítulo 2 Atención medica

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud**,** la

cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud.

Artículo 33 actividades de atención médica:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.

La siguiente ley enmarca las disposiciones a las que son sujetas las unidades médicas que corresponden al ISSSTE.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Título primero de las disposiciones generales

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República, y se aplicará a las Dependencias, Entidades, Trabajadores al servicio civil, Pensionados y Familiares Derechohabientes, de:

I. La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto;

II. Ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los Trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación;

III. El Poder Judicial de la Federación, incluyendo a los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal;

IV. La Procuraduría General de la República;

V. Los órganos jurisdiccionales autónomos;

VI. Los órganos con autonomía por disposición constitucional;

VIII. Los gobiernos de las demás Entidades Federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones públicas municipales, y sus Trabajadores, en aquellos casos en que celebren convenios con el Instituto en los términos de esta Ley.

Artículo 2. La seguridad social de los Trabajadores comprende: el régimen obligatorio, y el régimen voluntario.

Artículo 3. Se establecen con carácter obligatorio los siguientes seguros:

I. De salud, que comprende:

a) Atención médica preventiva;

b) Atención médica curativa y de maternidad, y

c) Rehabilitación física y mental;

II. De riesgos del trabajo;

III. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y

IV. De invalidez y vida.

Artículo 6. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

VIII. Derechohabiente, a los Trabajadores, Pensionados y Familiares Derechohabientes.

Capítulo 2. Seguro de salud. Sección 1 Generalidades

Artículo 27. El Instituto establecerá un seguro de salud que tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus Derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad. El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación física y mental.

Artículo 28. El Instituto diseñará, implantará y desarrollará su modelo y programas de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus Derechohabientes, y creará las herramientas de supervisión técnica y financiera necesarias para garantizar su cumplimiento.

Artículo 29. El Instituto desarrollará una función prestadora de servicios de salud, mediante la cual se llevarán a cabo las acciones amparadas por este seguro, a través de las unidades prestadoras de servicios de salud. Esta función procurará que el Instituto brinde al Derechohabiente servicios de salud suficientes, oportunos y de calidad que contribuyan a prevenir o mejorar su salud y bienestar.

Artículo 30. La Junta Directiva del Instituto emitirá disposiciones reglamentarias para la regionalización de los servicios de salud, considerando criterios demográficos, de morbilidad, de demanda de servicios, de capacidad resolutiva y de eficiencia médica y financiera, entre otros. Asimismo, se establecerán normas y procedimientos para el debido escalonamiento de los servicios, referencias y contrarreferencias, subrogación de servicios y otros que se consideren pertinentes.[22]

En los apartados anteriores se enlista la reglamentación correspondiente al funcionamiento de planes, programas y prestaciones con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, sin embargo, otro de los aspectos fundamentales es el funcionamiento de las unidades de salud por lo que a continuación se describe lo correspondiente al:

Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Artículo 2°

XXXVI. Primer Nivel de Atención a la Salud. Las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud general mediante actividades de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno. Representa el primer contacto del derechohabiente con el sistema a través de consultorios auxiliares y las unidades y clínicas de medicina familiar;

XLVI. Servicios de Salud. El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente en la promoción, prevención, protección, restauración y rehabilitación de la salud, que ofrecen las unidades médicas a los derechohabientes.

En lo que corresponde al Funcionamiento de las unidades médicas se encuentra:

Artículo 13. Las Unidades Médicas deberán contar, sin excepción, con las autorizaciones sanitarias necesarias para su funcionamiento y corresponderá a los directores o responsables de las mismas, tramitar ante las autoridades competentes la expedición de conformidad con la normatividad aplicable.

Artículo 24. Las Unidades Médicas realizarán acciones médico-preventivas de fomento y educación para preservar la salud, para la detección y control de enfermedades transmisibles y en su caso, adoptarán las medidas sanitarias de vigilancia e investigación epidemiológica que correspondan, en coordinación con las autoridades competentes del Sector.

Artículo 25. Las Unidades Médicas realizarán actividades de promoción, fomento y educación en la salud para el control de enfermedades no transmisibles crónico-degenerativas y en su caso, otorgarán tratamiento y seguimiento en el control de las mismas.[23]

2. Planteamiento del problema

2.1 Delimitación del problema y justificación

El diagnóstico constituye la primera etapa dentro de un proceso de planificación. Es la actividad a través de la cual se interpreta la realidad que interesa transformar. La elaboración de un diagnóstico de salud permite comprender los problemas reales para planificar acciones y soluciones viables.

Los cambios poblacionales ocurridos en una determinada zona geográfica pueden ser diversos y ocurrir en diferentes momentos, además de que todos y cada uno de ellos se reflejan en el estado de salud que presente, dichos cambios pueden deberse a circunstancias determinadas por distintos factores tanto ambientales, como sociales y culturales, por lo que es de trascendental importancia obtener registros fidedignos y actualizados de la población con respecto a la situación de salud que éstos viven.

Durante la búsqueda de información de salud de esta población se encontró un diagnóstico realizado en el año 2007-2008 por lo que partiendo del hecho de que no se ha llevado a cabo ninguna actualización después del mismo se consideró importante obtener nuevos datos de morbilidad y mortalidad para identificar los cambios respecto al estado de salud-enfermedad de la población de influencia a esta unidad.

El presente diagnóstico tiene como finalidad actualizar los datos que se tienen del estado de salud de la población de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Inmecafé la cual pertenece a la Clínica Hospital ISSSTE, San Bruno.

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el estado de salud de la población de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafé en el año 2012?

2.3 Objetivo general

Analizar el estado de salud de la población derechohabiente a la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafé, tomando en cuenta los principales daños que determinan el estado de salud-enfermedad de dicha población.

Objetivos específicos

- Caracterizar la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Inmecafé.
- Conocer la información que posee la población sobre diabetes mellitus tipo 2, VIH-SIDA, hipertensión arterial, cirrosis hepática, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.
- Describir la asociación existente entre los factores de riesgo y los principales daños a la salud.

3. Metodología

3.1 Diseño de la Investigación

Se trata de un estudio transversal**,** descriptivo y observacional. Es transversal por que se estudian variables simultáneamente en determinado momento, haciendo una corte en el tiempo. Es descriptivo ya que determina la situación de las variables que se estudian en una población, así como la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quienes, donde y cuando se está presentando.[24]

El estudio se llevó a cabo de octubre a noviembre del año 2013. Para la aplicación del cuestionario no contamos con ninguna persona ajena a nuestro equipo de sede.

3.2 Definición del universo y/o muestra

El universo de estudio fue a partir de un total de 1783 derechohabientes del ISSSTE, los cuales están distribuidos en 6 colonias pertenecientes a 4 AGEB. Para calcular el tamaño de la muestra se empleó la siguiente formula:

$$n = \frac{Ƶ^2\ P\ (1 -\ P)}{d^2}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

Ƶ = Nivel de confiabilidad del 95 por cierto (1.96)

P= Proporción de casos con la característica de interés.

d= Nivel de precisión de .05 que tiene que ver con la amplitud del intervalo de confianza.

$$n = \frac{(1.96)^2\ (.91)\ (1 -\ .91)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416)\ (.91)\ (0.09)}{0.0025}$$

$$n = \frac{(0.31462704)}{0.0025}$$

$$n = 125.85$$

Una vez obtenido el resultado, se estandarizó mediante el uso de la siguiente formula:

$$n = \frac{n^1}{N} \qquad \frac{125.85}{1783} \qquad = .0705$$

El resultado que se obtuvo de n / N fue mayor a 0.05, por lo que se ajustó la muestra.

$$n = \frac{n^1}{1 + \frac{n^1}{N}} \qquad \frac{125.85}{1.0705} \qquad = 118$$

$$n = 118$$

Una vez determinado el tamaño de la muestra (n = 118) se seleccionó el número de derechohabientes a entrevistar por cada colonia dentro de los AGEB mediante un muestreo no probabilístico estratificado.

Para ello se dividió la población derechohabiente del ISSSTE-INMECAFE de cada colonia entre el total de derechohabientes (1783) de los 4 AGEB, dando como resultado el porcentaje de encuestas a realizar por colonia.

Tabla 1. Numero de encuestas por colonia a realizar a los derechohabientes de la unidad médica familiar ISSSTE Inmecafé

AGEB	**Colonias**	**Población derechohabiente de la Unidad Médica Familiar ISSSTE INMECAFE**	**Porcentaje**	**Número de encuestas por colonia**
2194	Pedregal de las Ánimas	130	7 %	8
380	Col. Inmecafe Col. SAHOP COL. SIPEH	902	51 %	60
944	Col. Indeco Ánimas	380	21 %	25
395	Fuente de las Ánimas	371	21 %	25

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI 2010.

Criterios de inclusión

- Viviendas situadas en las colonias pertenecientes a las AGEB antes descritas.
- Ser mayor de 18 años.
- La persona entrevistada deber ser residente de la vivienda seleccionada.
- Aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Viviendas en las que en el momento de la encuesta no se encontrara una persona residente mayor de 18 años de edad para responder a la encuesta y que al momento de la encuesta la vivienda se encuentre vacía.
- Personas que no acepten participar en el estudio.

Criterio de eliminación

- Familias que interrumpan el cuestionario durante la aplicación.

3.3 Definiciones conceptuales y operacionales de variables e indicadores (ver anexos).

3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Se recurrió al método cuantitativo, las técnicas de recolección de datos que se emplearon fue la encuesta y la observación, las cuales permitieron recoger información con el objetivo de conocer las frecuencias de los eventos, así como conocer la percepción y algunos puntos de vista que tienen los usuarios en torno a los servicios de salud.

La observación puede definirse como "el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia"[1]. La observación permitió colectar información sobre características y condiciones de la unidad médica, así como del personal que ahí labora.

Para lograr la identificación, el análisis y la priorización de los daños a la salud que prevalecen en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) ISSSTE Inmecafe se empleó la encuesta, la cual "consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos, sobre sus opiniones, conocimientos, aptitudes o sugerencias". Este método se realiza por medio de instrumentos de interrogación como la entrevista o el cuestionario. Para acceder a la información de la población

de estudio se empleó el cuestionario, el cual está definido como "el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llena por sí mismo".[25]

3.5 Elaboración y prueba de los instrumentos de recolección de la información

Se elaboró un cuestionario de 133 con preguntas abiertas y cerradas, utilizando como base las variables que fueron determinadas con anterioridad para los daños priorizados, divido en secciones para la posterior captura y análisis de datos. A continuación se enlistan las secciones incluidas y una descripción de su contenido:

Identificación: Domicilio de la vivienda, tipo de localidad, número de habitantes en la vivienda, nacimiento (entre enero y diciembre del 2012).

Uso habitual de los servicios de salud→ Dimensiones: Médico especialista, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías, vacunas.

Percepción de la calidad de los servicios de salud→ Dimensiones: Consulta médica, consulta especializada, hospitalización, estudios de laboratorio, radiografías, vacunas.

Percepción del gasto en el uso de los servicios de salud.

Opinión de la calidad de los servicios de salud→ Dimensiones: opinión de la calidad de los servicios de salud, otros servicios que ofrece la unidad, sugerencias para mejorar los servicios de salud.

Características demográficas: Total de habitantes por vivienda, nombre, edad, sexo, parentesco, acceso a servicios de salud, enfermedad crónica, enfermedad agudas, institución de salud a la que acuden con mayor frecuencia, antecedentes heredofamiliares directos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

Personas de 14 años cumplidos y más en relación a condición de actividad económica, condición de alfabetismo, nivel de escolaridad, consumo de tabaco (frecuencia de consumo, cantidad de consumo, consumo dentro de la vivienda)

Personas de 14 años cumplidos y más en relación a Alcoholismo Dimensiones: Presencia de Alcoholismo, control sobre las bebidas alcohólicas, estado de embriaguez, incremento la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, deseo persistente de consumo de alcohol, cambios de estado anímico, reconocimiento del problema, daños o accidentes

Personas de 18 años cumplidos y más en relación a ejercicio físico y percepción de la imagen corporal.

Salud en el menor de 5 años: Bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna exclusiva, ablactación (edad de inicio de alimentación diferente a la lactancia materna), IRAS (infecciones respiratorias agudas), atención en IRAS, EDAS (enfermedades diarreicas agudas), atención en EDAS.

Cuidado del niño menor de 5 años por parte de su responsable→ Dimensiones: Lavado de manos del menor de 5 años, lavado de frutas y verduras que ingiere el menor de 5 años, agua que se le da a beber al menor de 5 años, lavado de manos del responsable del menor. Capacitación del responsable en el manejo de enfermedades IRAS y EDAS.

Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2

Tratamiento para personas con Diabetes Mellitus tipo 2→ Dimensiones: Ejercicio físico, dieta especial, tratamiento medicamentoso.

Años de padecer Diabetes Mellitus tipo 2

Complicaciones de la Diabetes que haya tenido.

Tiempo y manejo de la hipertensión arterial→ Dimensiones: Tiempo con la hipertensión, tratamiento para la hipertensión arterial, institución donde obtiene el tratamiento, apego al tratamiento médico, enfermedades agregadas.

Cirrosis Hepática/Morbilidad→ Dimensiones: Presencia de Cirrosis Hepática, tipo, alcoholismo, trasfusiones.

Defunciones→ Dimensiones: Sexo, edad, enfermedad o motivo de fallecimiento, silueta, alcoholismo,

Vivienda: Material de construcción, tipos de disponibilidad del agua, tratamiento de agua de consumo, cocina, número de cuartos, presencia de drenaje, conexión de drenaje, disponibilidad de tasa, excusado o sanitario, conexión de agua del servicio sanitario, tipo de desagüe de la instalación sanitaria de la vivienda, uso de sanitario, disponibilidad de luz eléctrica, uso de combustible para cocinar, depósito de basura de la vivienda, lugar de almacenamiento de la basura, destino de la basura, higiene de los alimentos (frutas y verduras), Nivel de Vida, combustible para cocinar, manejo de basura, higiene alimentaria.

Consumo de alimentos procesados con alto contenido de sal.

Nutrimentos para reducir el riesgo de enfermar por infecciones respiratorias agudas

Higiene personal →Dimensiones: Técnicas para estornudar y toser, frecuencia en la higiene personal (bañarse)

Información de la Diabetes Mellitus Tipo 2: Síntomas de Diabetes Mellitus tipo 2, complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2, causas de la Diabetes Mellitus tipo 2,

Información de la Hepatitis B y C. Dimensiones: Causas.

Información de la Cirrosis hepática→ Dimensiones: Causas, complicaciones

Información general sobre VIH/SIDA: Información sobre las vías de transmisión del VIH/SIDA, información proporcionada por la unidad de salud a la población.

3.5.1 Resultados de la prueba piloto

La realización de la prueba piloto consistió en aplicar 10 cuestionarios de forma directa a habitantes del fraccionamiento Valle Rubí Animas esta colonia fue seleccionada porque cubría con los requisitos sociodemográficos de nuestro universo, para ello se seleccionaron los hogares de dicho fraccionamiento al azar.

Cada cuestionario fue realizado de manera personal por cada integrante del equipo, el tiempo aproximado para la aplicación del cuestionario fue de 30 minutos. Durante la aplicación de éste, se encontraron algunos inconvenientes.

- De los entrevistados: desconfianza, falta de tiempo, ya que algunos de los entrevistados referían contar con poco tiempo, y algunos al ver el instrumento tan largo dudaban en contestarlo.
- Del cuestionario: la formulación de las preguntas, las cuales resultaban un poco confusas, de igual forma había errores en la numeración de las preguntas, y algunas opciones de respuestas eran poco específicas y esto dificultaba la comprensión de las mismas.

3.6 Definición de los mecanismos para la recolección, el procesamiento y el análisis de la información.

Después de la aplicación de la prueba piloto se definieron algunos aspectos que no habían quedado claros con respecto a la forma de preguntar durante la aplicación del cuestionario, además se redujeron el número de hojas del cuestionario. Se replantearon algunos ítems en los que se agregó una respuesta dicotómica (sí/no), por otro lado también se incluyó la respuesta ninguno a los ítems que sobre enfermedades crónicas y agudas.

4. Recolección y procesamiento de la información

4.1 Descripción de la recolección de la información

Se aplicaron 118 cuestionarios en 3 días: 30 de octubre, 5 y 6 de noviembre, en el horario de 8 am a 2 pm, en 118 viviendas pertenecientes a 6 colonias distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 2. Numero de encuestas realizadas por colonia

Colonia	**Número de cuestionarios aplicados**
Pedregal de las Ánimas	8
Inmecafé SAHOP SIPEH	60
Indeco Ánimas	25
Fuentes de las Animas	25
Total	118

Fuente: Elaboración propia

4.2 Descripción del procesamiento de la información

Se capturaron los datos obtenidos en hojas de cálculo en el programa Excel para Windows, mediante la codificación de cada una de las preguntas y respectivas respuestas, posteriormente se exportó la base de datos al programa estadístico SPSS 22 versión para Windows. La captura se realizó mediante codificaciones y las preguntas abiertas se analizaron según lo respondido por los encuestados.

4.2.1 Indicadores para la descripción de la información

Para el análisis de la información se emplearon además de la frecuencia y porcentajes la prevalencia, la cual es analizada los casos diagnosticados de las enfermedades divididos por la población en riesgo.

- Características demográficas: distribución por edad en grupos quinquenales y por sexo; nivel de escolaridad (>14 años), distribución por actividad económica.
- Distribución de acceso a los servicios de salud.
- Frecuencia de presencia de enfermedades agudas
- Frecuencia de presencia de enfermedades crónicas.
- Antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial.
- Antecedentes heredofamiliares de diabetes.
- Frecuencia de consumo actual de tabaco
- Consumo de tabaco actual dentro de la vivienda.
- Cantidad de consumo actual de tabaco.
- Frecuencia de personas con diabetes mellitus 2 que realizan ejercicio actualmente.
- Frecuencia de personas con diabetes mellitus 2 con tratamiento medicamentoso.
- Complicaciones que presentaron las personas con diabetes mellitus 2.
- Frecuencia de información sobre causas de diabetes mellitus 2.
- Causas de diabetes mellitus 2 mencionadas por la población.
- Frecuencia de personas diagnosticadas con hipertensión.
- Tiempo de padecer hipertensión arterial.
- Apego al tratamiento para la hipertensión.

5. Resultados del diagnóstico de salud

5.1 Características demográficas

De un total de 118 viviendas que fueron encuestadas se encontró una población masculina de 177 hombres, lo que representa el 45.62%, mientras que la población femenina fue de 211 mujeres, siendo el 54.38% (tabla 2). Por lo tanto, existe un mayor número de mujeres que de hombres en la población de estudio.

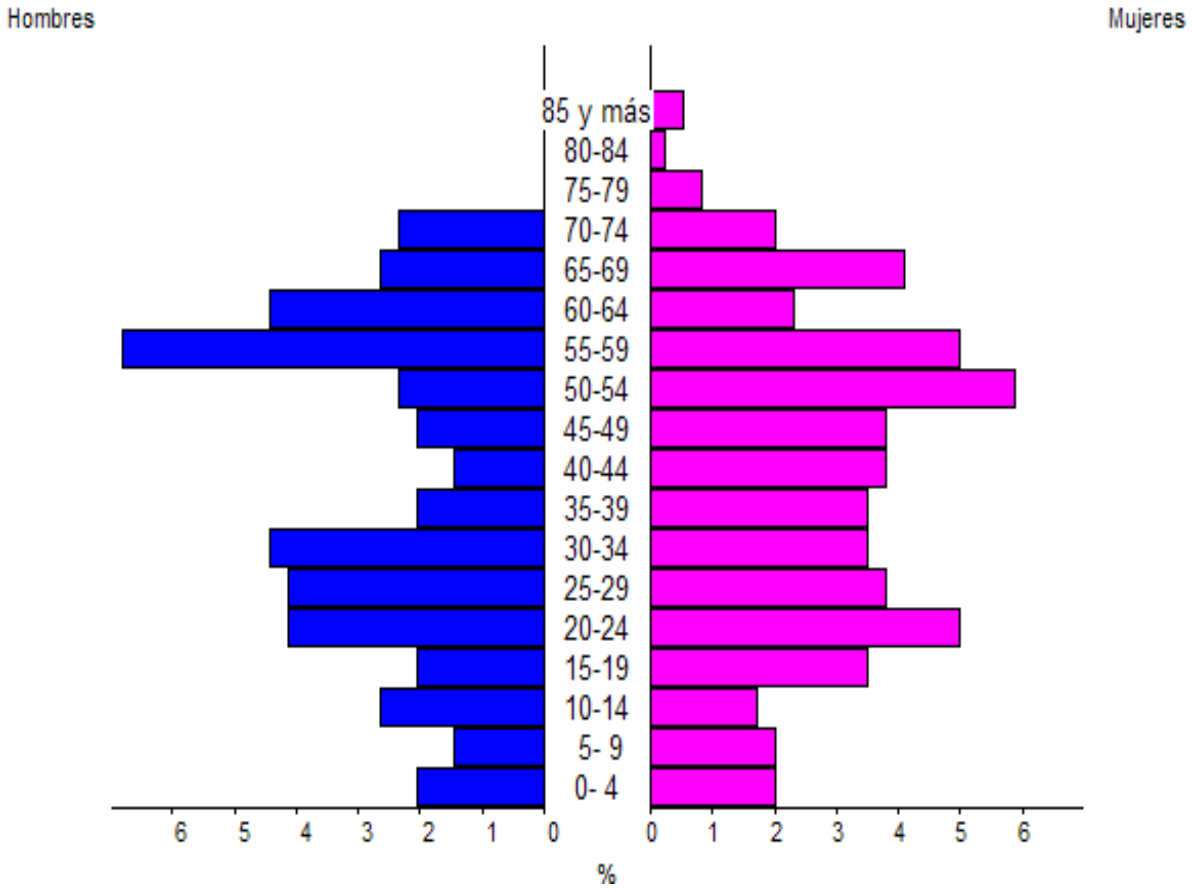
Tabla 3. Distribución de la población por grupos quinquenales

Grupo de edad (años)	Hombres	Mujeres	Total	%
0 a 4	7	7	14	3.6
5 a 9	5	8	13	3.4
10 a 14	10	7	17	4.4
15 a 19	8	15	23	5.9
20 a 24	19	22	41	10.6
25 a 29	15	14	29	7.5
30 a 34	17	13	30	7.7
35 a 39	7	12	19	4.9
40 a 44	6	14	20	5.2
45 a 49	9	15	24	6.2
50 a 54	11	25	36	9.3
55 a 59	25	21	46	11.9
60 a 64	19	10	29	7.5
65 a 69	11	15	26	6.7
70 a 74	8	8	16	4.1
75 a 79	0	3	13	0.8
80 a 84	0	1	1	0.3
85 y más	0	1	1	0.3
Total	177	211	388	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Como se observa en la gráfica 1, el grupo de edad con una mayor proporción de individuos fue el de 55 a 59 años (11.9%), mientras que aquellos con menor proporción fueron a partir de 80 años (0.3%).

Grafica 1. Pirámide poblacional de la población encuestada



Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

La pirámide poblacional presenta una estructura regresiva o de bulbo, dicha forma tiene la base más estrecha que el centro, son características cuando se presentan poblaciones envejecidas. Como se mencionó con anterioridad, la mayor proporción de la población de la muestra estudiada se encuentra en los

rangos de edad de 55-59 años, por ello se confirma que es una población envejecida.

Tabla 4. Razón Hombre-Mujer

Hombres	117
Mujeres	211
H:M	0.55

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

El índice de masculinidad obtenido en la población de estudio fue que por cada 10 mujeres existen 5 hombres.

Tabla 5. Nivel de escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	149	41.5
Bachillerato	79	22.0
Secundaria	31	8.6
Maestría	25	7.0
Primaria	23	6.4
Carrera técnica o comercial (después del bachillerato)	21	5.8
Ninguna	15	4.2
Doctorado	3	.9
Carrera técnica o comercial (antes del bachillerato)	9	2.5
No sabe	5	1.1
Total	359	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De acuerdo al nivel educativo de la población de estudio, se observa que las personas presentan estudios completos desde primaria (6.4%) hasta doctorado (0.6%), así como sin ningún tipo de escolaridad (4.2%). Se puede observar que el nivel educativo con mayor proporción es el de licenciatura con un 41.5% (tabla 4).

Tabla 6. Distribución por condición de actividad económica

Condición de actividad económica	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Trabajó	165	46.0
Tenía trabajo, pero no trabajó	8	2.2
Buscó trabajo	8	2.2
Estudiantes	66	18.4
Quehaceres del hogar	42	11.7
Jubilados o pensionados	67	18.7
Está incapacitado	2	.6
No trabaja	1	.3
Total	359	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

En cuanto a la actividad económica de la población encuestada, se puede ver que el 48.2% de los individuos labora, el 2.2% se encontraba buscando trabajo, mientras que el 49.7% no trabajaba debido a que eran estudiantes, se dedicaban a quehaceres del hogar, eran jubilados o pensionado.

Tabla 7. Derechohabiencia a servicios de salud

Tipo de servicio de salud	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	176	45.4
ISSSTE	84	21.6
PEMEX	11	2.8
SEDENA	2	.5
SAISUV	8	2.1
OTRA	19	4.9
NINGUNA	86	22.2
Total	388	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Con respecto a la distribución del acceso a los servicios de salud utilizados encontramos que de las 118 viviendas encuestadas el 45.4% de la población tiene derechohabiencia al IMSS en comparación con el 21.6% que tiene derecho a servicios de salud al ISSSTE tal como lo muestra la tabla anterior.

Tabla 8. Material de la pared o muro

Material de la pared o muro	Frecuencia	Porcentaje
Ladrillo, block o concreto	118	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Con respecto al material con el que está elaborada la pared o muro el 100% de la población respondió ladrillo, block o concreto.

Tabla 9. Material del techo

Material del techo	Frecuencia	Porcentaje
Lámina de asbesto o metálica	1	.9
Concreto, tabique, ladrillo o cerrado con viguería	116	99.1
Total	117	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Según lo analizado el 99.1 % de los techos de las viviendas encuestadas es de concreto, tabique, ladrillo o cerrado con viguería, solo el 0.9 % es decir solo una vivienda tiene el techo elaborado con Lamina de asbesto o metálica.

Tabla 10. Material del piso

Material del piso	Frecuencia	Porcentaje
Cemento o firme	27	22.2
Mosaico, granito o mármol	90	76.9
Madera u otros recubrimientos	1	.9
Total	118	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

La tabla 10 muestra que de las 118 viviendas encuestadas 90 personas (76.9%) dijeron que el material con el que estaba construido su piso es de mosaico, granito o mármol, 27 viviendas que representan el 22.2 % es de cemento o firme y una vivienda el 0.9 % del total es de madera u otros recubrimientos.

5.2 Daños a la salud: Priorización

El establecer un orden a las patologías que afectan a la población para identificar estos daños se fundamenta en la magnitud, la trascendencia y la vulnerabilidad, con la finalidad de conocer el número de muertes y de casos nuevos, y permitir optimizar los tiempos y los recursos financieros con los que se cuenta, para el abordaje de la población.[26]

Para esta investigación los daños priorizados fueron los siguientes:

- Mortalidad por diabetes mellitus tipo 2
- Mortalidad por VIH-SIDA
- Morbilidad por enfermedades diarreicas
- Morbilidad por infecciones respiratorias agudas
- Morbilidad por hipertensión arterial

Tabla 11. Morbilidad de las enfermedades no transmisibles de la Clínica Hospital ISSSTE San Bruno en el año 2012.

		Magnitud	Transcendencia	
Clave	**Enfermedad**	**Tasa morbilidad***	**Tasa mortalidad****	**Priorización**
I10	Hipertensión esencial (primaria)	17	15	255
E11	Diabetes Mellitus no insulino dependiente	1	111	111
K58	Síndrome del colon irritable sin diarrea	3	24	72

Fuente: Sistema de Información de Estadística Local. Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, octubre 2013

*Por cada 1000 habitantes

**Por cada 100,000 habitantes

Tabla 12. Morbilidad de las enfermedades transmisibles de la Clínica Hospital ISSSTE San Bruno en el año 2012.

		Magnitud	Trascendencia	
Clave	**Enfermedad**	**Tasa morbilidad***	**Tasa mortalidad****	**Priorización**
J98	Otros trastornos respiratorios especificados	147	11	1,617
A08-A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	22	1	22
B82	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	13	1	13

Fuente: Sistema de Información de Estadística Local. Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, octubre 2013

*Por cada 1000 habitantes

**Por cada 100,000 habitantes

Tabla 13. Morbilidad de las enfermedades no transmisibles de la Clínica Hospital ISSSTE San Bruno en el año 2012.

		Magnitud	Trascendencia	
Clave	**Enfermedad**	**Tasa morbilidad***	**Tasa mortalidad***	**Priorización**
E11	Diabetes tipo II	266.5	111.4	29,688
I10-I13-I15	Hipertensión Arterial	1009.5	15.5	15,647
K29-L88-L89	Úlceras, gastritis y duodenitis	49.4	2.3	113
J45	Asma y estado asmático	44.5	2.1	93

Fuente: Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Unidad de Inteligencia para Emergencias en Salud (UIES).

*Por cada 100, 000 habitantes

Tabla 14. Morbilidad de las Enfermedades Transmisibles de la Clínica Hospital ISSSTE San Bruno en el año 2012

		Magnitud	Trascendencia	
Clave	**Enfermedad**	**Tasa morbilidad***	**Tasa mortalidad***	**Priorización**
U04	Infecciones Respiratorias agudas	2245.5	64	143,712
A07	Infecciones Intestinales por otros organismos y las mal definidas	1166.5	1.4	1,633
N39	Infección de vías urinarias	423.2	3.7	1,565

Fuente: Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Unidad de Inteligencia para Emergencias en Salud (UIES).

*Por cada 100, 000 habitantes

Tabla 15. Principales causas de mortalidad de la población del Municipio de Xalapa, Veracruz en el año 2012.

Clave CIE 10a Rev.	**Causa**	**TMC***	**AVPP**	**REM**	**Priorización**
E10-E14	Diabetes Mellitus	111.41	4350	17.7	8578012
K70-K71-E14	Cirrosis y otras enfermedades Crónicas del Hígado	33.44	2200	26.63	1959561
B24	VIH	8.48	1157	36.32	356,351
J44	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	19.55	585	3.32	37970
I67	Enfermedad Cerebrovascular	30.38	1100	1.06	35440
I20-I25	Enfermedad Isquémica del Corazón	36.7	1167	0.44	18845
J20-J22	Enfermedades Respiratorias Agudas Bajas	14.83	926	0.86	11828
A00-A09	Enfermedades Infecciosas Intestinales	1.41	65	0.71	65
B16-B18	Hepatitis B	0.7	118	0.75	62
A15-A19	Tuberculosis	0.01	173	9.37	17

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). CUBO del sistema epidemiológico estadístico de las defunciones, 2012.

*Por cada 100,000 habitantes.

5.3 Daños a la salud

Tabla 16. Enfermedad crónica

Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje
Sí	66	17
No	322	83
Total	388	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De acuerdo con los resultados observados se encontró que del total de 388 individuos, 322 personas no presentan enfermedades crónicas, es decir el 83 % del total y el restante 17 % si presenta alguna enfermedad crónica (tabla 12).

Tabla 17. Enfermedad aguda

Enfermedad aguda	Frecuencia	Porcentaje
Sí	68	17.5
No	316	81.4
Total	388	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

En la anterior se observa que el 81.4 % de la población encuestada no presenta enfermedades agudas.

5.3.1 Diabetes mellitus tipo 2

Tabla 18. Personas mayores de 20 años diagnosticadas con Diabetes Mellitus 2

Diagnóstico de diabetes mellitus 2	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	4.8
No	351	95.1
Total	369	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De acuerdo con los datos obtenidos en la tabla 18 el 4.6% de la población ha sido diagnosticada con diabetes mellitus 2, mientras que el 95.3% no presentan o han sido diagnosticados con esta enfermedad.

Tabla 19. Antecedentes heredofamiliares de Diabetes Mellitus 2

Antecedentes heredofamiliares de diabetes	Frecuencia	Porcentaje
Sí	142	36.6
No	246	63.4
Total	388	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Se puede observar que el porcentaje de individuos que presenta antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus es de 63. 4 %, habiéndose obtenido este

dato en 246 personas, en cambio las personas que sí tienen este antecedente representan el 36.6 % de total.

Tabla 20. Personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2) que siguen una dieta especial y que además realizan ejercicio físico

	Frecuencia	**Porcentaje**
Sí	9	50
No	9	50
Total	18	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Del total de la personas con DM2 el 50% siguen una dieta especial y realizan ejercicio físico.

Tabla 21. Personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 que siguen un tratamiento medicamentoso

Tratamiento medicamentoso	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Sí	18	4.8
No	351	95.1
Total	369	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De las 18 personas encuestadas que refirieron estar diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 se encontró que el 95.1% sigue un tratamiento medicamentoso para su enfermedad, mientras que el 4.8% no sigue ningún tratamiento con medicamentos.

Tabla 22. Complicaciones que presentaron las personas con Diabetes Mellitus 2

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de piernas o pies	8	23.5
Hipertensión arterial	7	20.6
Colesterol alto o triglicéridos altos	5	14.7
Disminución visual o ceguera	4	11.8
Insuficiencia renal o fallas del riñón	1	2.9
Hospitalización urgente por descompensación diabética	1	2.9
Otras*	4	11.8
Ninguna	4	11.8
Total	34	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.
*Cáncer laríngeo, diarrea e infarto.

La tabla anterior muestra la frecuencia de las complicaciones que presentaron las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, encontrando que 23.5% refiere tener dolor de piernas o pies mientras que el 20.6% presento hipertensión arterial como complicación.

Tabla 23. Información proporcionada por la población sobre las causas para enfermar de Diabetes Mellitus tipo 2

Información sobre causas de la diabetes mellitus tipo 2	**n=178**	**Porcentaje**
Mala alimentación	53	29.7
Sobrepeso u obesidad	47	26.6
Sedentarismo, falta de ejercicio	24	13.5
Antecedentes de la enfermedad en los padres o abuelos	19	10.7
No sabe	12	6.7
Otros*	9	5.0
Susto	8	4.5
Problemas con la producción o calidad de la insulina	5	2.8
No responde	1	0.5
Total	178	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

*Alcohol, estrés, problemas de páncreas, cansancio, mala función de los riñones, falta de cuidados.

Se encontró que el porcentaje de personas encuestadas que mencionaron la mala alimentación como causa de la diabetes mellitus tipo 2 fue del 29.8% mientras que el 26.4% mencionó el sobrepeso u obesidad, en tercer lugar estuvo el sedentarismo con el 13.5%.

Tabla 24. Información proporcionada por la población sobre las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2

Variable	n= 193	Porcentaje
Pie diabético	46	23.8
Retinopatía	45	23.3
Nefropatía	35	18.1
Cardiopatía	12	6.2
Neuropatía	8	4.1
Otros*	16	8.2
Deterioro de órganos	7	3.6
Hipertensión	4	2.0
No sabe	20	10.3
Total	193	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

*Baja presión, descompensación, piel reseca, cansancio, retención de líquidos, coma diabético, bajan de peso, trombosis, insuficiencia renal

Como se muestra en el cuadro anterior la complicación que fue más mencionada por la población fue el pie diabético con el 23.8% seguida de la retinopatía y la nefropatía con 23.3 y 18.1% respectivamente.

Tabla 25. Información proporcionada por la población sobre los síntomas de la diabetes mellitus tipo 2.

Variable	n=171	Porcentaje
Tener mucha sed	53	31.0
Orinar mucho	42	24.6
Pérdida de peso	24	14.0
No sabe	20	11.7
Otros*	14	8.1
Cansancio	13	7.6
Mareos	5	2.9
Total	171	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

*Debilidad, coma, ansiedad, dolor de piernas y dolor de cabeza, baja visión, coloración en el cuello, disfunción eréctil, aliento dulce, orina con olor a cetona.

Con respecto a la información que tiene la población sobre los síntomas de la diabetes encontramos en primer lugar tener mucha sed con un 31.0% después orinar mucho (24.6%) seguido de pérdida de peso con 14.0%.

A continuación los factores de riesgo encontrados en la muestra con respecto a diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 26. Razón de momios antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2

Factor	**OR**	**IC (95%)**	
Antecedentes heredofamiliares de DM2	3.368421	Límite inferior	Límite superior
		1.230516	9.220730

Fuente: elaboración propia

De acuerdo al análisis se pude observar que el tener antecedentes heredofamiliares de DM2 es un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad en la muestra, sin embargo estos datos no pueden extrapolarse al universo.

Tabla 27. Razón de momios hipertensión con diabetes mellitus tipo 2

Factor	**OR**	**IC (95%)**	
Diabetes	2.56	Límite inferior	Límite superior
		0.865429	7.559018

Fuente: elaboración propia

De acuerdo al análisis se pude observar que el tener diabetes mellitus tipo 2 no tiene asociación significativa tomando en cuenta el límite inferior ya que es menor a 1 por lo que los datos arrojados no pueden ser tomados en cuenta para la muestra.

5.3.2 Hipertensión arterial

Tabla 28. Personas mayores de 20 años diagnosticadas con Hipertensión Arterial

	Frecuencia	**Porcentaje**
Sí	45	12.2
No	324	87.8
Total	369	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

La tabla anterior muestra que de las 388 personas de la encuesta, 45 están diagnosticadas con hipertensión arterial, es decir el 11.6% de estas padece esta enfermedad.

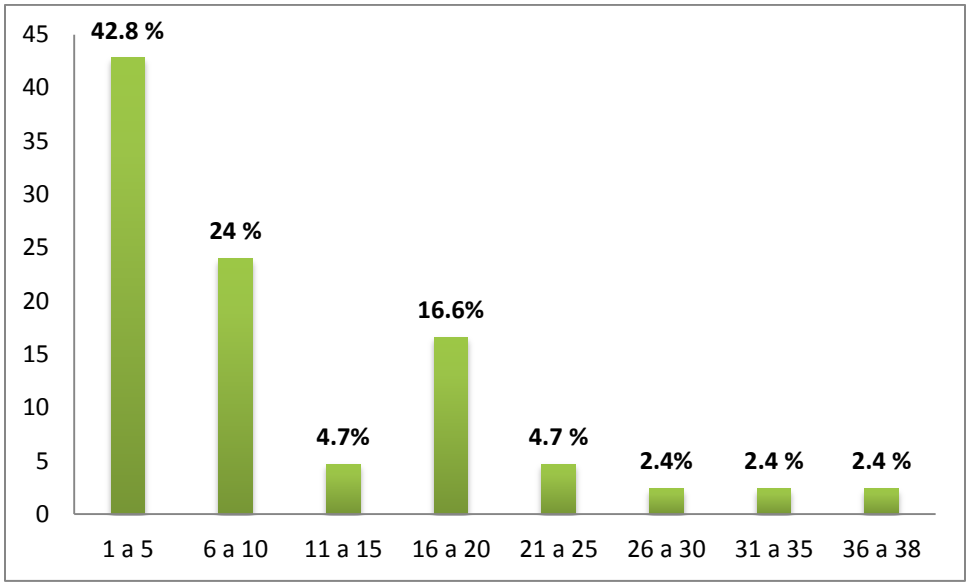
Tabla 29. Antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial

Presencia de antecedentes heredofamiliares	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Sí	141	36.3
No	247	63.7
Total	388	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

La tabla anterior muestra que de la población total de encuestados el 63.7 % no tiene antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial, comparado con un 36.3 que sí lo tiene.

Gráfica 2. Tiempo de padecer hipertensión arterial



Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De las 45 personas que dijeron padecer Hipertensión Arterial el 21.4 dijo tener 5 años con la enfermedad, mientras que el 14.3% lleva 10 años y el 11.9 % llevan 20 años.

Tabla 30. Apego al tratamiento para la Hipertensión Arterial

Apego al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Sí	36	81.8
No	9	18.2
Total	45	100.0

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De acuerdo a los resultados observados el 81.8% que padecen hipertensión arterial tienen apego al tratamiento y el 18.2 % no tiene apego.

Tabla 31. Tratamiento medicamentoso para la Hipertensión Arterial

Tratamiento medicamentoso	Frecuencia	Porcentaje
Sí	44	97.8
No	1	2.2
Total	45	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De un total de 45 personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial, el 97.8% lleva un tratamiento medicamentoso.

Tabla 32. Enfermedades agregadas a la hipertensión arterial: colesterol

Colesterol como enfermedad agregada a la hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	38.5
No	24	61.5
Total	39	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Con respecto a enfermedades agregadas a la hipertensión arterial el 38.5% presenta colesterol como enfermedad agregada.

Tabla 33. Enfermedades agregadas a la hipertensión arterial: diabetes

Diabetes como enfermedad agregada a las hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	11.9
No	37	88.1
Total	42	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Con respecto a enfermedades agregadas a la hipertensión arterial se encontró que el 88.1 % no presenta diabetes mellitus tipo 2 agregada esta enfermedad.

Tabla 34. Consumo de sal en alimentos preparados

Consumo de sal en alimentos ya preparados	Frecuencia	Porcentaje
Sí	23	18.8
No	95	81.2
Total	118	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Con respecto al consumo de sal en ya alimentos preparados se encontró que el 81.2 % no le agrega sal a los alimentos ya preparados mientras que el 18.8% si le agregan sal.

Tabla 35. Consumo de alimentos procesados

Consumo de alimentos procesados	Frecuencia	Porcentaje
Sí	63	53.8
No	55	46.2
Total	118	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Con respecto al consumo de alimentos procesados se encontró que 53.8% si consume alimentos procesados (jamón, salchicha, enlatados, mortadela).

Tabla 36. Razón de momio de personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial con y sin Antecedentes Heredofamiliares de Hipertensión Arterial (HTA)

Factor	**OR**	**IC (95%)**	
Antecedentes heredofamiliares de HTA	0.525000	Límite inferior	Límite superior
		0.242508	1.136559

Fuente: elaboración propia

De acuerdo al análisis se pude observar que el tener antecedentes heredofamiliares de HTA no tiene asociación significativa tomando en cuenta el límite inferior ya que es menor a 1 por lo que los datos arrojados no pueden ser tomados en cuenta para la muestra.

Tabla 37. Razón de momio de colesterol elevado en personas con hipertensión arterial (HTA)

Factor	**OR**	**IC (95%)**	
Colesterol elevado	3.33	Límite inferior	Límite superior
		1.62	6.84

El riesgo de padecer colesterol elevado e hipertensión arterial fue significativo por lo que se concluye que el colesterol elevado es un factor de riesgo para la muestra pero esta información no se puede extrapolar al universo.

5.3.3 Consumo de tabaco

Tabla 38. Consumo actual de tabaco

Consumo actual de tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Sí	53	13.7
No	284	73.2
Subtotal	337	86.9
N.A.	51	13.1
Total	388	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De acuerdo con los hallazgos encontrados dentro de la población estudiada se encontró que 284 personas, es decir el 73.2 % no es consumidor actual de tabaco, en cambio el 13.7 sí consume tabaco en el presente.

Tabla 39. Frecuencia de consumo actual de tabaco

Frecuencia de consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Diario	36	64.3
Semanal	10	17.9
Mensual	2	3.6
Ocasional	8	14.3
Total	56	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

En relación a la frecuencia de consumo de tabaco actual, de un total de 56 personas que refirieron fumar actualmente, el 64.3 % (36 personas) refirieron consumir tabaco diario, el 17.9 % consumen de forma semanal, el 14.3 % consumen ocasionalmente y un 3.6 % consumen de forma mensual, tal como lo muestra la tabla 25.

Tabla 40. Cantidad de consumo de actual de tabaco

Cantidad de consumo de tabaco	**Frecuencia**	**Porcentaje**
0	1	1.8
1	10	16.4
2	16	29.1
3	5	9.1
5	3	5.5
6	4	7.3
7	2	3.6
8	3	5.5
10	5	9.1
15	1	1.8
20	4	7.3
30	1	1.8
588	1	1.8
Total	56	100.0

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Con respecto a la cantidad de consumo de tabaco actual, se encontró que el 29.1% consumen 2 cigarros por día, el 16.4 % consumen 1 cigarro por día, siendo éstos los porcentajes más altos en cuanto a cantidad de consumo, tal como lo muestra la tabla 26.

Tabla 41. Consumo de tabaco actual dentro de la vivienda

Consumo de tabaco actual	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Sí	19	33.9
No	36	64.3
No sabe	1	1.8
Total	56	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De un total de 56 personas que refieren fumar actualmente el 33.9% dijeron fumar dentro de la vivienda actualmente mientras que el 64.3 % no consumen tabaco dentro de la vivienda.

5.3.4 Cirrosis hepática

Tabla 42. Información proporcionada por la población sobre las causas para enfermar de Cirrosis Hepática

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo	74	61.2
Hepatitis B	7	5.8
Hepatitis medicamentosa	6	5.0
Hepatitis C	4	3.3
Otros*	9	7.4
Mala alimentación	3	2.4
Mal funcionamiento del hígado	3	2.4
No sabe	15	12.4
Total	121	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

*Grasa en el hígado, mal funcionamiento de órganos, hereditaria, fumar, por virus, por bacterias, debilidad, coma de hígado.

Respecto a la información que la población dijo tener sobre las causas para enfermar por cirrosis hepática el alcoholismo tuvo el mayor porcentaje con un 61.2.

Tabla 43. Información proporcionada por la población sobre las causas para enfermar de Hepatitis B o C

Causas	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	64	57.1
Otros*	15	13.3
Trasfusiones de sangre	14	12.5
Contagio sexual	6	5.3
Comida en mal estado o contaminada	6	5.3
Uso de jeringas contaminadas	5	4.5
Inyección de drogas	1	0.9
No contesta	1	0.9
Total	112	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

*Comer en la calle, consumo de alcohol, mala alimentación, deficiencia del hígado.

Como se observa el 57. 1% de la población que respondió el cuestionario dijo no sabe las causas para enfermar de hepatitis B o C.

5.3.5 VIH-SIDA

Tabla 44. Información proporcionada por la población sobre cómo prevenir el VIH/SIDA

Prevenir	Frecuencia	Porcentaje
Uso de preservativo	94	59.9
Evitar jeringas contaminadas	21	13.4
Otros *	14	8.9
No sabe	9	5.7
Monogamia	7	4.4
Trasfusiones de sangre	5	3.1
Estudios periódicos para el diagnostico	4	2.5
Evitar drogas inyectables	3	1.9
Total	157	100

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

En la información que proporcionó la población con respecto a las formas de prevenir el VIH el uso de preservativo tuvo una mayor cantidad de respuestas con el 59.9% mientras que evitar el uso de jeringas contaminadas fue el segundo con un 13.4%.

Tabla 45. Percepción de la calidad de los servicios de salud

Servicio de salud	Buena (frecuencia)	Regular (frecuencia)	Malo (frecuencia)
IMSS	13	16	6
ISSSTE	15	10	1
Pemex	2	0	0
PEMEX	2	0	0
Privada	39	3	3
SAISUV	5	0	0
SSA	3	0	0
Total	79	29	10

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

Se observa que en primer lugar con respecto a la calidad de los servicios de salud se encuentra el servicio privado y en segundo lugar el servicio del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Tabla 46. Gasto en servicios de salud

Tipo de servicio	Bajo (%)	Medio (%)	Elevado (%)
Consulta con el médico general	43.4	39.8	15.9
Consulta con el médico especialista	31.9	29.2	38.9
Hospitalización	41.7	30.2	28.1
Estudios de laboratorio	38.9	45.1	16.0
Radiografías	41.3	43.3	15.4
Vacunación	55.4	31.7	12.9

Fuente: Encuesta realizada a la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe. Periodo: octubre-noviembre 2013.

De acuerdo a la tabla anterior se concluye que la población considero que realiza un gasto mayor al acudir al servicio médico de especialista

6. **Servicios de salud**

6.1 Población de responsabilidad

La UMF INMECAFE presta atención médica a los derechohabientes de las dependencias afiliadas a la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE).

La población de responsabilidad es de aproximadamente 1000 usuarios, de las siguientes zonas: Colonia Pedregal de las Animas, Colonia Inmecafé, Colonia Sahop, Colonia Sipeh Animas, Colonia Indeco Animas, Fuente de las Animas, Agua Santa 1 y 2, Jardines de las Animas, Vista Hermosa de las Animas, Dos vistas de las Animas y Acueducto Animas.

6.2 Características físicas de la unidad

La unidad médica familiar ISSSTE INMECAFÉ se encuentra conformada por una sala de espera, un cuarto de archivo que cuenta con aproximadamente mil expedientes, un cuarto de exploración en donde se realizan actividades como son curaciones, inyecciones y chequeo médico general, un consultorio en donde se da consultas médicas de primer nivel y un baño.

En los cuadros siguientes se muestran los apartados de mobiliario, equipo e instrumental con el que debe contar un consultorio para la atención médica de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 178, se muestran con una X aquellos de los que la Unidad Médica Familiar ISSSTE INMECAFÉ carece.

Tabla 47. Equipo con el que cuenta la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe

EQUIPO	
Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal	✓
Estetoscopio biauricular	✓
Estetoscopio Pinar	✓
Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional)	✓
Báscula con estadímetro	✓
Báscula para bebé	X
Lámpara con haz direccionable	✓

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998.[27]

Tabla 48.Instrumental con el que cuenta la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe

INSTRUMENTAL	
Caja con tapa para soluciones desinfectantes	✓
Espejo Graves 1.9 x 7.5 cm	X
Espejo Graves 3.2 x 10 cm	X
Espejo Graves 3.5 x 11.5 cm	X
Histerómetro Sims	X
Martillo Percusor	✓
Pinza de anillos	✓
Pinza, estándar, estriada, sin dientes	✓
Pinza, recta, fenestrada , estriada	✓
Pinza, tipo mosquito, curva	✓
Pinza para sujetar cuello de matriz	✓
Pinza, curva, con estrías transversales	✓

Porta aguja, recto, con ranura central y estrías cruzadas	✓
Pinza, longitud 24 cm	X
Riñón de 250 ml	✓
Tijera recta	✓
Mango para bisturí	✓
Torundero con tapa	✓
VARIOS	
Termómetro clínico	✓
Cinta métrica	✓
Lámpara de Baterías	✓

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998.[27]

Tabla 49. Instrumental con el que cuenta la Unidad Médica Familiar ISSSTE Inmecafe

MOBILIARIO	
Asiento para el médico	✓
Asientos para el paciente y acompañante	✓
Mueble para escribir	✓
Guarda de medicamentos, materiales o instrumental	✓
Sistema para guarda de expedientes clínicos	X
Asiento para el médico en la exploración del paciente	✓
Banco de altura o similar	✓
Mesa de exploración con aditamento para piernas	✓
Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable	✓
Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para Residuos Peligrosos	✓

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998.[27]

6.3 Características del personal de salud

El personal de salud de la unidad médico familiar ISSSTE INMECAFÉ se encuentra integrado por el medico Román Nieto Ramírez, que funge como personal de contrato, opera como responsable de brindar la atención médica, así como director administrativo de la unidad; con un horario de trabajo de 8:00 a 14:00 horas, de lunes a viernes. Así mismo cuenta con la pasante en enfermería Ana Jazmín Lagunés del Carmen, quien realiza actividades relacionadas a su área así como de tipo administrativo en un horario de 8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes.

6.4 Servicios que se ofrecen

La Unidad Médica Familiar ISSSTE INMECAFÉ ofrece el servicio de consulta externa general (consulta médica de primera vez y subsecuente).

Procedimientos de enfermería los cuales son aplicación de inyecciones, curaciones, toma y registro de signos vitales y medidas antropométricas.

Prevención y promoción de la salud, la cual se realiza de manera individual a través de pláticas y entrega de folletos con información de los diferentes programas de salud.

6.5 Análisis de la productividad de los servicios que se ofrecen

El creciente gasto en salud derivado de la incorporación de nuevas tecnologías y del mayor acceso a la atención médica ha traído aparejado un aumento en la preocupación sobre la eficiencia con que los servicios públicos de salud utilizan los recursos disponibles. En un escenario en el que siempre hay limitaciones en los recursos necesarios para atender las demandas de la población, es esencial medir la productividad de los servicios a fin de maximizar, sin menoscabo de la calidad, la producción de estos y, cuando sea necesario, racionalizar la organización de los mismos.[28]

Productividad = Núm. Consultas externas en el mes

Hora/médico en un mes

La productividad se puede definir como la relación entre los productos y los recursos empleados para producirlos. Si el nivel de producción se mantiene pero los recursos aumentan, hay una disminución de la productividad. Si, por el contrario, se incrementan los productos con el mismo nivel de recursos, la productividad aumenta y se dice que la eficiencia ha mejorado.[28]

La productividad médica es definida como la relación existente entre el número de consultas otorgadas por hora/medico. Este análisis permite determinar el tiempo efectivo que utiliza el médico general para la atención directa a las personas en la consulta externa, también pretende identificar aquellas situaciones susceptibles de mejora y que permitan optimizar el tiempo contratado de este.

Tabla 50. Productividad del personal medico

Mes	**En**	**Fe**	**Ma**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**	**total**
Consultas por mes	233	294	187	87	247	323	231	239	210	218	146		2415
Promedio de Consultas por día	9	12	7	7	10	15	9	10	11	8	8		10
Horas/médico	150	144	156	78	144	126	156	138	120	162	144		1518
Productividad	2	2	1	1	2	3	2	2	2	1	1		

Fuente: Elaboración propia

Como limitante se encontró que para algunos datos, no se disponía del registro completo, por lo que emplearon periodos de observación que luego se extrapolaron con lo descrito por el médico, la enfermera de la sede ISSSTE Inmecafe y lo proporcionado por el personal del departamento de Estadística de la clínica ISSSTE San Bruno.

Los estándares de nivel de actividad previsto establecen en este nivel de atención un rendimiento de 2 a 3 consultas por hora, donde podrían valorarse 3 pacientes subsecuentes, que son aquellos usuarios que ya han sido valorados previamente por el médico o 1 pacientes subsecuentes y un paciente nuevo, a este paciente como es la primera vez que consulta, se le debe realizar una historia clínica completa y un examen físico por lo que el médico dispondrá de 30 minutos para atenderlo, a diferencia del paciente subsecuente que dispondrá de 20 minutos.

De acuerdo a lo observado y proporcionado por los servicios de salud del ISSSTE, la productividad del médico encargado de la UMF ISSSTE Inmecafe varía según el mes presentándose en Marzo, Abril, Octubre y Noviembre la productividad más baja donde se atendió a un paciente por hora/médico, y obteniéndose en el mes de julio la más alta con una productividad de 3 consultas por hora/médico.

6.5.1 Personal de Enfermería

El personal de enfermería es un equipo de profesionales de la salud que contribuye a preservar la vida y la salud de las personas desde las perspectivas humana, ética, interpersonal y terapéutica, proporcionando y supervisando la mayor parte de la asistencia sanitaria en el mundo por lo que se constituye como un pilar de la atención brindada en los hospitales. En México hay 162,834 enfermeras hospitalarias en contacto con el paciente, para una relación de 1.5 profesionales de enfermería por cada mil habitantes, dato que se encuentra por debajo de la recomendación internacional de cuatro enfermeras por mil.[28]

La Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Inmecafe cuenta con una enfermera que presta servicio social a esta institución. Según lo descrito por la misma y lo observado se presenta la siguiente tabla de funciones y el tiempo estimado en realizarse.

Como limitante no se obtuvieron los datos precisos del número de actividades realizadas por consulta del personal de enfermería, por lo que la productividad no pudo ser estimada.

Tabla 51. Funciones del personal de enfermería y tiempo estimado de realización.

Actividad	**Tiempo**
Somatometría	15 minutos
Entrega de cartillas	10 minutos
Entrega de medicamentos	5 minutos
Inyecciones y curaciones	15 minutos
Hoja diaria de enfermería	Entre 5 y 10 minutos

Fuente: Elaboración propia

Nota: para el análisis de la productividad/costo no se encontraron los datos disponibles por lo que no fue posible su análisis.

6.6 Análisis de los programas que se ofrecen.

En este punto es importante mencionar que no pudimos obtener dicha información ya que acudimos a la clínica hospital ISSSTE San Bruno en diferentes ocasiones y la única respuesta que obtuvimos fue que dicha información la podíamos conseguir en la página en internet del ISSSTE, sin embargo, cuando tratamos de hacerlo no fue posible ya que necesitábamos un usuario y una clave de seguridad para poder conseguir los programas.

Conclusiones

Del total de individuos que conforman a la población de estudio, se encontró que el 45.62% son hombres y el 54.38% son mujeres y que de acuerdo a lo obtenido a la pirámide poblacional se trata de una población envejecida en donde el mayor número de individuos se concentra en un rango de edad de 55 a 59 años.

El principal nivel de escolaridad encontrado fue de licenciatura con un 41.5%, mientras que aquellas personas sin ninguna clase de escolaridad representan el 4.2%.

En cuanto a la condición de actividad económica, la mayor parte de los individuos (49.6%) se encuentra dentro de la población económicamente inactiva debido a que son adultos mayores.

El 45.3% de la población encuestada es derechohabiente del IMSS, mientras que el 21.6% pertenece al ISSSTE y el 22.2% no cuenta con ningún tipo de derechohabiencia.

En cuanto a la calidad de vivienda, se encontró que el 100% de viviendas está construida con ladrillo, block o concreto, además de que no existe hacinamiento.

El 4.8% de los individuos mayores de 20 años (18 individuos) se encuentra diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2. De estos individuos, el 50% sigue una dieta especial y realiza ejercicio físico.

Las principales complicaciones que reportaron las personas con diabetes mellitus tipo 2 fueron dolor de piernas o pies, hipertensión arterial y colesterol alto.

El nivel de conocimiento acerca de las causas, síntomas y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 referida por la población fue alto, ya que el 93.3% tuvo conocimiento acerca de las causas, el 89.7% respondió acerca de las complicaciones y el 88.3% respondió sobre los síntomas.

A pesar de que la población en general conocía las causas para enfermar de diabetes mellitus tipo 2, existe hasta la fecha la creencia de que el susto es una causa para desarrollar dicha enfermedad (4.5%).

Se encontró que los antecedentes heredofamiliares son un posible factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, mientras que la hipertensión no resulto tener relación alguna para desarrollar diabetes mellitus tipo 2,

El 12.2% de los individuos mayores de 20 años (45 individuos) ha sido diagnosticado con hipertensión arterial.

El 42.8% de individuos que padecen hipertensión arterial tiene de 1 a 5 años con la enfermedad, mientras que el 2.4% tiene de 36 a 38 años con la enfermedad.

Un 81.8% de los individuos diagnosticados con hipertensión arterial sigue un tratamiento, de los cuales el 97.8% es de tipo medicamentoso.

El 38.5% de los diagnosticados con hipertensión arterial tiene colesterol elevado y solo 11.9% tiene diabetes mellitus tipo 2.

De acuerdo a los datos obtenidos, los antecedentes heredofamiliares no tienen relación alguna con desarrollar hipertensión arterial.

Del total de individuos encuestados (118), el 82% no conocía las causas para enfermar de cirrosis hepática, de igual manera, el 82% de individuos no conocía las complicaciones para morir de dicha enfermedad.

Propuestas

Como parte de las funciones de las unidades de medicina familiar se encuentra la de brindar una atención centrada en el fomento de la prevención mediante acciones multidisciplinarias de preservación de la salud, que controlan los riesgos y limitan los daños detectados en etapas tempranas, con participación de la comunidad, constituyéndose como el eje rector de las actividades médicas en el ISSSTE.

Basándose en esto y en los resultados obtenidos en la encuesta, las recomendaciones que se proponen para la Unidad Médica Familiar ISSSTE-Inmecafe son:

- Impulsar cambios en los estilos de vida de la población mediante los programas de promoción de la salud.
- Ampliar los programas de atención a adultos mayores, así como el manejo adecuado de las enfermedades crónicas-degenerativas que pueden acompañar a este grupo de edad.
- Desarrollar e implementar programas de información sobre causas y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.
- Impulsar programas que motiven la actividad física entre la población.
- Aumentar asesoría nutricional.
- Impulsar actividades de prevención y sensibilización sobre el VIH-SIDA.
- Aumentar el papel de la enfermera en la prevención de enfermedades.
- Realizar diagnósticos participativos con la población usuaria para conocer su perspectiva sobre el servicio y sus necesidades.

Discusión

Dentro de los principales datos obtenidos de la población que habita en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar ISSSTE INMECAFE encontramos una pirámide poblacional en donde la mayor cantidad de hombres se concentra en los rangos de edad de 55-59, mientras que para las mujeres se encuentra entre los 50-54 años. La pirámide poblacional obtenida mostró una estructura de tipo regresiva, que es característica de poblaciones envejecidas que tienen bajas tasas de natalidad y mortalidad.[30] Al respecto se sabe que un envejecimiento de la población implica una mayor demanda de los servicios de salud, ya que los adultos mayores tienen mayores tasas de morbilidad, además de mayor cantidad de atención médica [31]

La razón de hombres frente a las mujeres de acuerdo con el último censo de población indica que es de 105 mujeres por cada 100 hombres. En el presente diagnóstico de salud no se encuentra representada esta proporción ya que se encontró que por cada 10 mujeres hay 5 hombres.[32]

No se presentó ningún caso de analfabetismo en la población de estudio. En cuanto al grado de escolaridad se encontró que el 41.5% de la población cuenta con un nivel de licenciatura, seguida de bachillerato con un 22%, mientras que 4.2% no cuenta con ningún grado escolar.

De acuerdo a los datos obtenidos, el 48.2% de la población se encuentra dentro de la población económicamente activa, solo el 2.2% corresponde a la población económicamente desocupada y el 49.6% es población económicamente inactiva, la cual se encuentra conformada por estudiantes (18.4%), personas que se dedican a quehaceres de hogar (11.7%), jubilados, pensionados (18.7%), personas incapacitadas (0.6%) y aquellos que no trabajan (0.3%). El alto porcentaje de población económicamente inactiva guarda gran relación si se toma en cuenta que la mayor parte de la población está conformada por adultos mayores que son jubilados o pensionados.

Con respecto a la población económicamente activa el INEGI [33] informa que el 59.2% de la población de 14 años y más en el país se encontraba disponible para producir bienes o servicios; el resultado de esta investigación arrojo que solo el 48.2 % es económicamente activa, lo cual puede atribuirse a que se puede hablar de una población envejecida.

La ENSANUT 2012 presenta respecto a la distribución de acceso a servicios de salud que el 38.9 de la población acude a medicina privada, un 24.2 por ciento lo está por el IMSS y un 5.4 por ciento lo está por el ISSSTE. Esta tendencia no se presenta en los resultados del presente diagnóstico, los hallazgos presentados en este diagnóstico no son consistentes con estas cifras ya que el 45.4 % de la población encuestada asiste al IMSS, el 21.6% acude al ISSSTE, y solo el 22.2 % no tiene derecho a ningún servicio.

Identificación de los daños.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuye a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral). Los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes. La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia.[34, 35] Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico. El resultado presentado en este diagnóstico muestra que el 17.5% de la población encuesta refirió padecer alguna enfermedad crónica.[36]

Tomando datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en niños menores de cinco años fue de 11.6 % para 2012. Se aprecia importante que el porcentaje de población encontrado en este estudio arrojo un número más alto con 17.5% de la población que dijo padecer alguna enfermedad aguda.

La diabetes mellitus es una enfermedad que representa altos costos para el individuo, la sociedad y la mayoría de estos costos se derivan de varias complicaciones que se pueden reducir, aplazar e incluso prevenir si se controla la enfermedad, de lo contrario acorta la vida productiva del enfermo, reduce la calidad de su vida y la de su familia, situación que puede evitarse con el diagnóstico oportuno y el apego al tratamiento así como a un estilo de vida saludable.

De acuerdo con la Encuesta nacional de salud del 2012 la prevalencia de diabetes mellitus 2 se estima en un 10.9 en individuos mayores de 20 años, lo cual representa a más de 6 millones de enfermos diabéticos, de quienes se desconoce el tipo y la frecuencia de complicaciones.

Hernández-Ávila en un estudio presentado en el 2013 muestra que 54.46% de los diabéticos reportó que su madre o padre tienen o tuvieron diabetes, lo que contrasta con 34.81% entre los no diabéticos. Los hallazgos encontrados en este diagnóstico fueron de un porcentaje de 36.6 lo cual no es consistente con el estudio.

Otros riesgos para la salud, antes que la enfermedad, son el sobrepeso y obesidad. En la mayor parte de los estudios realizados, el sobrepeso significó un riesgo mayor de llegar a sufrir diabetes. Se ha estimado que el 60 al 85% de los pacientes con diabetes presentan este factor de riesgo. Las evidencias científicas indican que la reducción de peso disminuye los valores de glucosa. Cuando se ajusta el efecto del ejercicio, la adiposidad, con relación a la glucosa en sangre, disminuye. De aquí puede derivarse que el ejercicio, al menos parcialmente, produce su efecto protector mediante la acción sobre la composición corporal. La información sobre sedentarismo y actividad física de la población general es muy escasa. En el "Estudio sobre Validación del Cuestionario de Factores de Riesgo" sobre diabetes, hipertensión arterial y obesidad, se encontró una prevalencia de inactividad física de 50% en el sexo masculino y de 60% en el sexo femenino. Según grupos de edad, la prevalencia de sedentarismo en México es de 54% y 66% en hombres y mujeres de 40 a 44 años de edad, respectivamente, y de 48%

y 55% en el mismo orden, para el grupo de 45 a 64 años de edad. De acuerdo con la encuesta realizada solo el 4.8 de la población diagnosticada con diabetes sigue una dieta especial y el 50 % realiza actividad física.

Considerando que la diabetes no es curable, es importante que la población enferma controle su nivel de glucosa en sangre, para prevenir complicaciones en el corazón, el sistema circulatorio, los ojos, riñones y nervios. Por lo que, educar al paciente sobre su enfermedad es fundamental para un mejor manejo con acciones como mejorar su dieta, hacer ejercicio y reducir su nivel de estrés, entre otros. Según los resultados de la ENSANUT 2012, de la población de 20 años y más con diabetes, menos de la mitad realizó durante el último año alguna medida preventiva como atención médica especializada y exámenes clínicos, entre otras; la población de 50 a 59 años registra la proporción más alta (39.2%), le sigue la de 64 a 74 años (38 de cada 100 en esa edad) y de los jóvenes de 20 a 29 años; el porcentaje más bajo de personas diabéticas que realizaron alguna medida preventiva se ubica en el grupo de 30 a 39 años de edad (28.6 por ciento). De acuerdo con este diagnóstico de salud se encontró que el 95.1 % sigue un tratamiento medicamentoso.[37]

En México con respecto a las complicaciones se conoce que la neuropatía se presentan en el 50% de los casos y que ésta aumenta con la duración y el grado de descontrol metabólico, se estima que entre un 60 y 70% de los diabéticos tiene un daño moderado o severo. El pie diabético es de las principales causas de hospitalización y el 70% de estos casos termina en amputación. La diabetes es responsable del 60% de los individuos con insuficiencia renal terminal, seguida de la hipertensión arterial. Considerando la cifra reportada por la Encuesta de Salud del año 2000[10] para diabetes la cual señala que el 30% de la población presenta un problema renal, se estima que aproximadamente dos millones de estas personas desarrollarán nefropatía y 300,000 terminarán en insuficiencia renal terminal. La diabetes se ve asociada también con alteraciones macro vasculares que pueden clasificarse como enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral y claudicación vascular intermitente, la complicación crónica más

frecuente es la enfermedad cardiovascular ateroesclerótica, incluyendo la enfermedad coronaria, la cerebrovascular y la vascular periférica, siendo ésta la primera causa de muerte en diabéticos.[35] En lo concerniente a este estudio las complicaciones que más se reportaron fueron en orden: dolor de piernas, hipertensión arterial, colesterol alto o triglicéridos altos, disminución visual o ceguera y oros de menor frecuencia. Lo cual puede indicar una alta posibilidad de que esta población desarrolle en algún momento en caso de no ser controlada la enfermedad pie diabético u otras complicaciones como alteraciones macro vasculares.

En cuanto a la hipertensión esencial (primaria) la prevalencia encontrada en este estudio indica que 12.2 % de la población menciona padecer alguna enfermedad crónica en comparación con la prevalencia encontrada en la ENSANUT 2012[22] tanto en hombres (33.3%) como en mujeres (30.8%).

En el presente diagnóstico de salud los resultados indican que la población con Hipertensión arterial y colesterol representó el 38.5% contrastado con el 52.5 % del estudio de Lara A. y colaboradores.[38]

Las personas que presentaron hipertensión arterial y diabetes en este estudio representa un 11.9 %, bajo en comparación del estudio de Hernández-Ávila que menciona que 46.95% reportaron tener ya diagnóstico de hipertensión arterial. Según dicho estudio del total de la población de 20 años o más en México, 4.3% (cerca de 3 millones), vive con diabetes e hipertensión.[38]

Experiencia grupal y de aprendizaje

Esta experiencia de trabajo en sede la cual fue para muchos de nosotros el primer acercamiento a los servicios de salud, enfatizamos la importancia de la aplicación de los conocimientos adquiridos en el aula, lo revisado teóricamente durante las diferentes unidades que fueron dando las bases para la conformación de nuestro diagnóstico de salud en la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Inmecafe, además de ser elemento fundamental en la formación como salubristas.

Al estar conformado el equipo por personas pertenecientes a diferentes disciplinas (nutrición, psicología, enfermería y biología) se logró llevar a cabo un intercambio de experiencias y aprendizajes entre cada uno de los compañeros las cuales se pudieron enriquecer a través de esta práctica.

La primera ventaja que tuvimos en la sede fue el hecho de habernos integrado con el personal que labora en la unidad de salud donde estábamos desarrollando nuestra practica éste nos proporcionó la información necesaria para el desarrollo del trabajo, y aunque al final hubo un cambio en cuanto al asesor externo (medico encargado de la unidad) con el cual no pudimos establecer una comunicación efectiva (a diferencia del anterior) y esto dificultó también la obtención de cierta información que requeríamos en ocasiones.

Algunas de las desventajas que se presentaron se dieron con respecto al espacio físico asignado para la práctica ya que la unidad médica era pequeña además la población que atendía diariamente era entre 10 y 15 personas (algunas ocasiones no alcanzaba ni siquiera estos números), lo cual desde nuestro punto de vista no permitió tener un contacto más real con los usuarios de estos servicios de salud para poder obtener una perspectiva más amplia a diferencia de otros equipos que tenían como sede unidades de una población grande.

Otra desventaja fue que con respecto a los sistemas de información y a la forma de obtenerlos, primero acudimos al Hospital ISSSTE San Bruno con el propósito de recabar algunos puntos del diagnóstico en donde en más de una ocasión al ir a solicitar ciertos datos no eran proporcionados esto debido a que los coordinadores

del área de enseñanza no conocían el trabajo que nosotros estábamos realizando en la unidad del Inmecafe ya que las gestiones se habían realizado directamente en esa unidad sin tomar en cuenta los tramites que debían realizarse con previa anticipación con la persona responsable del área de enseñanza o incluso en el área médica de consulta externa la cual está a cargo de la unidad del Inmecafe lo cual al final fue un obstáculo para obtener toda la información para la realización del diagnóstico.

A pesar de las dificultades y desventajas que tuvimos en la realización del diagnóstico, la experiencia de esta práctica sentará una base para el desarrollo como salubristas y será un complemento fundamental para futuras actividades por realizar.

Bibliografía

1. Gonzales CE. Diagnóstico de la Salud en México. México: Editorial Trillas; 1988.
2. Hernández TF, Ochoa MJ. Lógica de la programación en los sistemas locales de salud: una aplicación operativa. Salud Uni 1990; 6 (1): 25-28.
3. Chacón SF, Pacheco PL, Santich L. Manual de administración de laboratorios de control de calidad de medicamentos del sector salud.
4. Testa M. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación de Salud: El Caso de Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
5. Secretaria de Salud. Diagnóstico de Salud [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/docs%20nut/diagnostico%20de%20salud.pdf Consultado: 29 de septiembre de 2013.
6. Segura AFJ, Villaseñor ME, López RC. Diagnóstico de salud del centro de salud “Emiliano Zapata” de Xalapa, Ver. Producto de los módulos: gestión del conocimiento I y salud pública I. Colecciones educativas. 2006; 3: 149-183.)
7. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. [Sitio en internet]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf Consultado: 30 de septiembre de 2013.
8. Santana, Paula. Geografía de la Diabetes: Las desigualdades sociales y el riesgo de muerte. [Sitio en Internet] Disponible en: http://www.efesalud.com/noticias/el-riesgo-de-muerte-por-diabetes-aumenta-en-los-grupos-desfavorecidos/ Consultado: 11 de octubre de 2013
9. Olaiz G, Rojas R, Aguilar C, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Revista de Salud Pública. [Revista en la Internet] 2007 [consultado 2013 Oct 11]. 49(337) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000900004&lng=es

10. ENSA. Encuesta Nacional de Salud 2000. [Sitio en internet]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf Consultado: 30 de octubre de 2013.
11. Revista Salud Pública y Nutrición. Obesidad: Una perspectiva epidemiológica y sociocultural [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/viii/4/ensayos/obesidad-epidemiologia_y_cultura-bb.htm Consultado el 12 de octubre de 2013.
12. Houde SC, Melillo KD. Cardiovascular health and physical activity in older adults: an integrative review of research methodology and results. J Adv. Nurs. 2002 May; 38(3):219-34.
13. World Health Organization. Physical Inactivity: A Global Public Health Problem [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/ Consultado el 12 de octubre de 2013
14. Brunton SA, Davis SD, Renda SM. Early intervention to achieve optimal outcomes in type 2 diabetes: a case presentation. Clin Cornerstone 2006; 8 (2): 6-18.
15. Romesh K. Type 2 Diabetes Mellitus. [Sitio en internet]. Disponible en: http://emedicine.medscape.com/article/117853-overview Consultado el 12 de octubre de 2013.
16. Bonen A, Dohm GL, Van Loon LJ. Lipid metabolism, exercise and insulin action. Essays Biochem 2006; 42: 47-59.
17. Campollo O, Valencia J, Berumen A, Pérez M, Panduro A, Segura J. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. Salud Pública de México 1997; 195-200.
18. CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre de 2013. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2013_v3.pdf Consultado: 4 de diciembre de 2013.

19. 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 Maestría en Ciencias Especialidad en Farmacia Clínica. Veracruz (México): Universidad Veracruzana; 1998.)
20. Domínguez F, Saavedra T, López S. Diagnóstico de salud del ISSSTE-INMECAFE. Producto de los módulos: gestión del conocimiento I y salud pública I. Colecciones Educativas en Salud Pública. 2008; 6: 197-237.
21. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2008. México: Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.
22. Ley general de salud. Última reforma publicada DOF 24-04-2013. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf Consultado: 9 de noviembre 2013.
23. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf Consultado: 4 de diciembre de 2013.
24. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. [Sitio en internet]. Disponible en: http://normatecainterna.sep.gob.mx/work/models/normateca/Resource/229/1/images/reglamento_servicios_medicos_issste.pdf Consultado: 10 de noviembre 2013.
25. B. Pineda Elia, De Alvarado Eva Luz. Metodología de la Investigación. 3ra edición. Washington, D.C: OPS; 2008.
26. Cortés N, Martínez A, Rodal M, Suárez C. Diagnóstico de salud de la casa universidad “Molino de San Roque”, Producto de los módulos: gestión del conocimiento I y salud pública I. Colecciones Educativas. 2008; 6: 450-498.
27. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998. Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Disponible en:

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/178ssa18.html Consultado el 9 de noviembre de 2013.

28. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2011. Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_06.pdf Consultado 13 de noviembre de 2013
29. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010 Consultado: 18 de octubre de 2013.
30. García M, Torres M, Ballesteros E. Enfermería geriátrica. España: Elsevier; 2004.
31. Pulliam W, Plowfield A, Fuess S. Developmental care: the key to the emergence of the vital older woman. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 1996; 25: 623-628.
32. .INEGI. Hombres y mujeres en México 2011. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2011/MyH2011.pdf Consultado: 5 de diciembre 2013.
33. INEGI. Indicadores oportunos de ocupación y empleo 2013. Disponible en**:** http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/ocupbol.asp Consultado: 5 de diciembre 2013.
34. Hernández M, Gutiérrez P, Reynoso N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública Méx 2013; 55 (sup 2): 129-136.
35. Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus tipo 2. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/10_2012_Manual_DM2_vFinal_31oct12.pdf
36. Córdoba J, Barriguete J, Lara A, Barquera S, Rosas M, Hernández M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis

epidemiológica y prevención integral. Salud Pública Méx 2008; 50 (5): 419-427.

37. INEGI. Estadísticas sobre diabetes mellitus. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/inegi/co.ntenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf Consultado: 5 de diciembre 2013.
38. Ibíd., p. 150
39. Lara A, Rosas-M, Pastelin G, Aguilar C. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo.2004. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/ac043k.pdf Consultado: 5 de diciembre 2013.

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Diagnóstico de Salud de los usuarios de la Unidad de Vida Saludable, Xalapa, 2013

Integrantes:

Vianey González Rojas

Josué Andrés Méndez Santos

Angélica Ortiz Pérez

Nidia Cristal Rizada Antel

Alma Angélica Velasco Bandala

Asesores externos:

M.S.P Yolanda Campos Uscanga

Dr. Omar Elind Arroyo Helguera

Asesores internos:

MCS. Claudia Caballero Cerdán

M.S.P María Concepción Arrazate García

02/10/2013

Introducción 3
1. Marco Referencial 4
1.1 Marco Teórico 4
1. 2 Marco Empírico 7
1.3 Marco contextual 22
1.4 Marco Jurídico 28
2. Planteamiento del Problema 35
2. 1 Justificación 36
2.2 Pregunta de Investigación 36
2.3 Objetivos 37
2.3.1 Objetivo General 37
2.3.2 Objetivos Específicos 37
3. Metodología 38
3.1 Diseño de la investigación 38
3.2 Definición del universo y muestra 38
3.3 Definiciones conceptuales y operacionales de variables e indicadores 40
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información 68
3.5 Elaboración y prueba de los instrumentos de recolección de la información 70
3.6 Definición de los mecanismos para la recolección, el procesamiento y el análisis de la información 71
4. Ejecución del diagnóstico de salud 72
4.1 Recolección y procesamiento de la información 72
4.1.1 Descripción de la recolección de la información 72
4.1.2 Descripción del procesamiento de la información 72
4.2 Resultados del diagnóstico de salud 72

4.2.3 Daños a la salud: Priorización 84

4.2.4 Daños a la salud (de encuesta) 84

4.3 Factores de riesgo para los daños priorizados (de encuesta)..... 87

4.4 Servicios de salud 90

4.4.1 Población de responsabilidad 90

4.4.2 Características físicas de la unidad 90

4.4.3 Características del personal de salud 91

4.4.4 Servicios que se ofrecen..... 91

4.4.5 Análisis de la productividad en los servicios que se ofrecen 91

4.4.6 Análisis de los programas que se ofrecen (coberturas y metas) relacionados con los daños priorizados. 95

4.4.7 Demanda de servicios de salud por tipo (institucional, privados, alternativos, etc.) 96

4.4.8 Satisfacción de los usuarios por los servicios prestados 97

4.4.9 Problemas detectados en la prestación de servicios 99

5. Conclusiones y recomendaciones para la implementación de acciones en la unidad de salud 101

5.1 Conclusiones..... 101

5.2 Recomendaciones 104

5.3 Experiencias de aprendizaje (positivas y negativas)..... 105

Introducción

Los estilos de vida saludable son un factor determinante para la situación y condiciones de salud de un individuo, entendiendo como estilo de vida a los hábitos, costumbres y actividades que un individuo o población tienen cotidianamente desde su infancia o que van adquiriendo a lo largo de su vida. Todos estos comportamientos tienen un impacto en la salud, debido a que los malos hábitos están asociados a las principales enfermedades a nivel mundial.

En 1974, Marc Lalonde propone un modelo acerca de los determinantes de la salud, en donde se reconoce la importancia de los estilos de vida de manera particular, así como los factores ambientales y sociales. Es importante mencionar que en los Objetivos del Desarrollo del Milenio se habla sobre el informe de Lalonde, y del estudio de Thomas Mckeown ambos dan a conocer la importancia de estilos de vida.

Las Bases y Lineamientos Internacionales surgidos de las conferencias mundiales de promoción de la salud que se han realizado hasta ahora son y que tienen relación con los objetivos de la Unidad de Vida Saludable, son:

- Conferencia de Alma Ata, URSS 1978, respecto a la atención primaria de la salud.
- Conferencia en Ottawa Canadá.- La carta de Ottawa Canadá, en 1986 es la primera conferencia en promoción de la salud; esta carta contiene los principios, conceptos y agenda para la acción de la promoción.

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

idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario"[1].

Por otra parte en 1999 dentro del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, se discutió que la promoción de la salud es una de las estrategias clave para el mejoramiento de los factores determinantes de la salud y de la equidad.

1. Marco Referencial

1.1 Marco Teórico

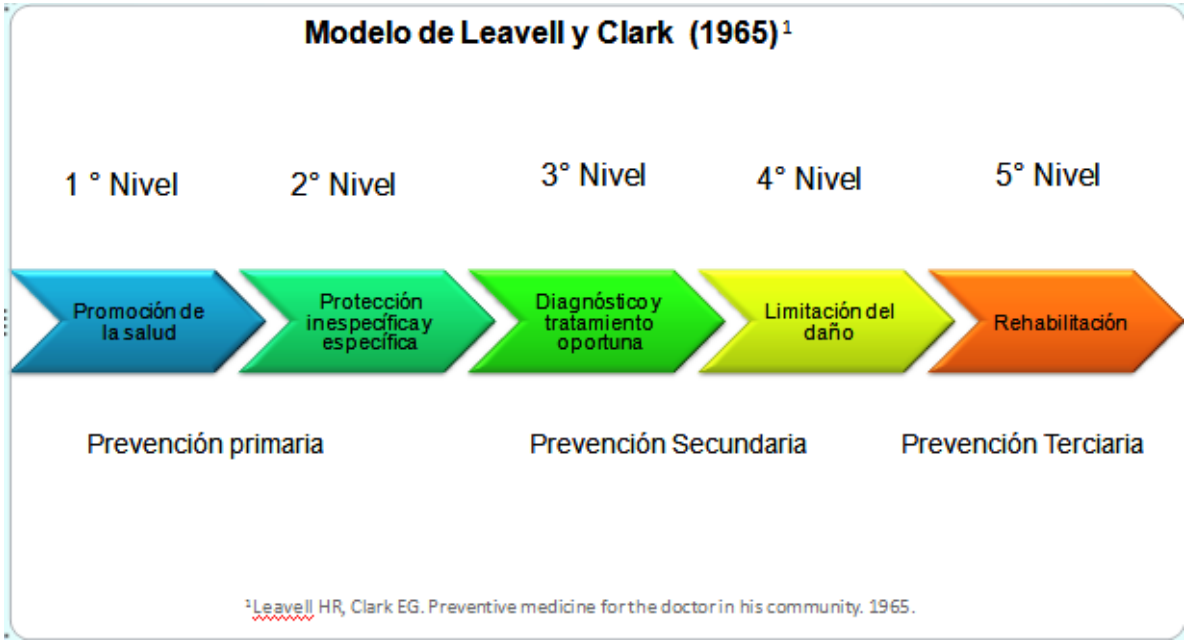
El diagnóstico de salud está constituido por la generación de conocimiento a través del análisis de la situación de salud de alguna comunidad, así como de los factores que la condicionan. A su vez depende de la precisión que se obtenga en el tratamiento y en la calidad de los servicios de salud a quien vaya dirigido.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el diagnóstico de salud es una herramienta fundamental para el trabajo en salud y abarca distintos sectores poblacionales que van desde una familia hasta una nación entera. Así mismo brinda la oportunidad de discernir el curso en cuestión de la salud que tiene la comunidad estudiada. Lo anterior es posible mediante el análisis detallado del trayecto demográfico que la comunidad ha tenido, costumbres sanitarias, recursos con los que cuenta, así como factores de riesgo poblacional y demandas de sus integrantes, que detonarían en factores cruciales de daños a la salud.

Los daños a la salud son parte medular del diagnóstico, e incluyen los efectos que los riesgos han provocado en una población; deben incluir morbilidad y mortalidad[2].Por otro lado es importante jerarquizar los daños de acuerdo al mayor grado de importancia. Ya que las necesidades de salud exceden en todo momento a los servicios de salud, es importante tomar una decisión entre las diversas opciones para la planificación y asignación de recursos[3], este es el objetivo de la priorización de daños a la salud.

De acuerdo con Dever los problemas más importantes de salud son aquellos que causan las mayores pérdidas y son difíciles de prevenir y de mejorar[4]. Para ello se cuenta con algunos criterios básicos: la magnitud, la trascendencia y la vulnerabilidad.

Para abarcar los anteriores aspectos cuando pasan a ser demandas de alguna sociedad en el año de 1965 Leavell y Clark propusieron un modelo de prevención de la salud, mismo que se presenta a continuación en la siguiente figura:



Es preciso señalar que UVISA es una unidad destinada a la promoción de salud, priorizando en el trabajo el fomento de estilos de vida saludables con personas sanas, refiriendo a las personas detectadas con alguna patología al centro de salud pertinente a su ubicación de vivienda. Por lo tanto UVISA trabaja con sus usuarios en el primer nivel de prevención de la salud de acuerdo al Modelo de Leavell y Clark (1965)[5]

Por tales motivos se consideraron los siguientes conceptos:

Promoción de la salud: proceso que proporciona a los individuos y a las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla[6]

Prevención de la enfermedad: desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias ante situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir riesgos.[7]

Estilos de vida saludable: conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinados por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida.

La evaluación de los sistemas de salud incluye la valoración del equipamiento, la producción del personal y la productividad. La productividad se define como el número de actividades realizadas por unidad de recurso existente en un tiempo determinado[8], por ejemplo, en el ámbito hospitalario, las consultas por hora médico, el número de egresos por cama año, las placas radiológicas por día – equipo, etc. Sirve para definir lo deseable y para desarrollar planes o para justificar recursos. Cuando se mide productividad del recurso humano es necesario discriminar sobre el número de horas (trabajador) contratadas.

Se entiende por horas contratadas, todas aquellas por las cuales el trabajador recibe remuneración, sin que necesariamente debe laborarlas en la institución[9]. Incluye las horas de vacaciones, permisos, licencias, incapacidades, además de aquellas en las que se encuentra laborando realmente en su lugar de trabajo.
Con las horas laboradas se mide el rendimiento y son exclusivamente aquellas en las que el trabajador se encuentra en su sitio de trabajo, dedicado a labores propias del objeto de su contrato, o del manual específico de funciones para el cargo.

El objetivo de obtener la productividad de la UVISA es conocer el número de actividades que se realizan por hora contratada en cada una de las áreas de atención a los usuarios; operacionalmente puede definirse a la productividad como el volumen de actividades realizadas en cada área de atención de la UVISA, entre

el volumen de horas del recurso nuclear, u horas contratadas, tal como lo muestra la fórmula siguiente:

$$Producción = \frac{Total\ de\ actividades\ realizadas\ en\ un\ período\ de\ tiempo}{Volumen\ de\ horas\ del\ recurso\ nuclear}$$

1. 2 Marco Empírico

La UVISA es una unidad de salud multidisciplinaria perteneciente a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) con una propuesta diferente al resto de los centros de salud en el estado, ya que sus objetivos y funciones se encuentran encaminados hacia la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en la población.

Dichos propósitos se encuentran apoyados en los lineamientos originados en las conferencias internacionales (Ottawa, 1986)[10] y nacionales (Quinta Conferencia Mundial, México, 2000)[11] para la promoción de la salud, las cuales fundamentan también los planes y acciones en salud de países como Canadá, Cuba y Reino Unido; por lo que el reconocimiento del valor que tiene la promoción a la salud no es tema exclusivo de países desarrollados, debido a la costo-eficacia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, es una estrategia que países en desarrollo como México han venido implementando en los últimos años.

A nivel nacional existen diferentes programas de promoción y prevención como lo es PREVENIMSS, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), o PREVENISSSTE, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que si bien poseen una amplia cobertura (a derechohabientes), no cuentan con instalaciones y áreas exclusivas para las actividades propias de promoción a la salud, por lo que se llevan a cabo dentro de las unidades médicas, hecho que podría contribuir a que el usuario sano desconozca su existencia o no recurra a ellos. Para la población sin

derechohabiencia existe el Seguro Popular, sin embargo no impulsa la promoción de la salud ni la prevención de enfermedades como herramienta principal; del total de las acciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud 2010 (CAUSES) solamente 24 están dentro del ámbito de la salud pública y la medicina preventiva.

Por otra parte, la Secretaría de Salud cuenta con otros centros de salud con objetivos similares a los de la UVISA, sin embargo estos se encuentran orientados hacia temas específicos y una población en particular, como lo son el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) o el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) por mencionar algunos; lo que hace a la UVISA un proyecto innovador, por poseer un concepto integral y de atención a la población independientemente del grupo de edad al que pertenezca.

La UVISA surge como proyecto en el 2007 e inicia sus operaciones al público en el 2009, año desde el cual trabaja e implementa estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud con énfasis en la participación comunitaria para fomentar estilos de vida saludables en la población sana con factores de riesgo, y ha tenido resultados tan favorables que dentro de las 39 acciones del programa Salud para todos los Veracruzanos 2013 ya se contempla la creación de doce nuevas Unidades de Vida Saludable a lo largo de las once Jurisdicciones que integran la Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Veracruz[12].

En la UVISA se han realizado tres diagnósticos de salud previos: uno basal, llevado a cabo en el 2009 por personal de la propia UVISA y que consistió en un estudio cuantitativo, transversal, observacional cuyo objetivo fue obtener una visión real de la salud de la población para orientar los servicios contemplados. El siguiente diagnóstico llevado a cabo en UVISA fue también en el año 2009 y estuvo a cargo de alumnos de la maestría en salud pública, y difiere del anterior ya que tomó en cuenta la percepción de los usuarios. El tercer diagnóstico se llevó a cabo en el año 2011, también a cargo de alumnos de la maestría en salud pública, y debido a que abordó únicamente a la población femenina con más apego a la UVISA, podría considerarse más como un análisis de la situación de salud. En

este último diagnóstico del 2011, se trabajó con una metodología mixta, en donde la parte cualitativa se indagó mediante entrevistas del por qué las usuarias con mayor apego consideraban que había tan poca presencia de hombres en la Unidad. También se hizo un análisis a profundidad acerca de sus hábitos alimenticios y una evaluación nutricional, desde la inclusión de las usuarias en la UVISA hasta el momento del levantamiento de la encuesta[13].

La priorización de daños a la salud hace referencia a establecer un orden de importancia a los diferentes problemas de salud que afectan a una población. Teniendo en cuenta que las instituciones se manejan con recursos escasos, es poco factible la atención de todos los daños a la salud, por esta razón, se recurre a un proceso de priorización con criterios específicos para valorar el impacto y las posibilidades de atención.

Debido a que los objetivos de la UVISA están encaminados hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no se atienden a pacientes sino a usuarios sanos, por lo que no existen registros de morbilidad ni mortalidad dentro de la Unidad. Por este motivo los daños a la salud que se abordan en este diagnóstico son los de morbilidad y mortalidad a nivel municipio de Xalapa, esto debido a que la UVISA atiende a población abierta (además de la referida por los 16 núcleos básicos del centro de salud José Antonio Maraboto, que también son no derechohabientes), y realizar la priorización de daños a nivel municipal nos permitirá conocer los posibles factores de riesgo a los que los usuarios de UVISA podrían estar expuestos.

Los principales daños a la salud en la población de Xalapa que producen la mayor cantidad de defunciones se dividieron en dos, de manera que fuera más explicativo: los daños a la salud por enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades transmisibles. Dentro de las primeras poseen mayor frecuencia la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (ver tabla 1). Las tres enfermedades transmisibles con mayor frecuencia en la población son las infecciones

respiratorias agudas bajas, el VIH/SIDA y las enfermedades infecciosas intestinales (ver tabla 1).

Tabla 1. Principales causas de defunción y frecuencia en la población de Xalapa en el año 2012.

Subcategoría GBD	Defunciones
Diabetes mellitus	473
Enfermedades isquémicas del corazón	156
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	142
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	91
Enfermedades hipertensivas	66
Infecciones respiratorias agudas bajas	63
VIH/SIDA	36
Enfermedades infecciosas intestinales	6
Tuberculosis	5
Hepatitis B	3

Fuente: Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica (SUIVE). Datos de población a nivel estatal tomados de Proyecciones de la Población de México CONAPO con base en censo 2010 INEGI.

En cuanto a la morbilidad, las tres enfermedades con mayor incidencia en la población de Xalapa son las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas, y la infección de vías urinarias (ver tabla 2).

Tabla 2. Diez Principales Causas de Morbilidad General del Municipio de Xalapa y Veracruz, 2012[14]

Municipio	No.	Diagnóstico	Casos	Tasa *
Xalapa	1	Infecciones respiratorias agudas	77,707	16,303.63
	2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	22,064	4,629.23
	3	Infección de vías urinarias	15,472	3,246.16
	4	Úlceras, gastritis y duodenitis	5,404	1,133.81
	5	Hipertensión arterial	5,337	1,119.75
	6	Otras helmintiasis	3,345	701.81
	7	Gingivitis y enfermedades periodontales	2,732	573.20
	8	Diabetes mellitus no insulinodependiente (Tipo II)	2,231	468.08
	9	Asma y estado asmático	1,983	416.05
	10	Tumor maligno de mama	1,270	266.46
		Resto de Diagnóstico	13,390	2,809.34
		Total	150,935	31,667.52

*Por cada 100,000 habitantes. Fuente: Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica (SUIVE).

Los criterios utilizados para la priorización de daños a la salud fueron los siguientes:

Magnitud. Frecuencia de un evento o daño a la salud cuyo indicador son las tasas específicas de morbilidad y 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 atender el daño y se mide a través de la razón estandarizada de mortalidad (REM)[15]. Se utilizó como población de referencia a la de Nuevo León, por tener mejores condiciones de salud que las de Xalapa.

Resultado de dicha priorización se obtuvo que con base en la mortalidad en el municipio de Xalapa las tres enfermedades con mayor relevancia son: la diabetes mellitus, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, y el VIH/SIDA (ver tabla 3). Dicha priorización se obtuvo al multiplicar la magnitud, cuyo indicador es

la tasa de mortalidad por causa; la trascendencia, cuyo indicador son los años de vida potencialmente perdidos; y la vulnerabilidad, cuyo indicador es la razón estandarizada de mortalidad, utilizando como población de referencia a la de Nuevo León.

Tabla 3. Priorización con base en la mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles en el municipio de Xalapa[16],[17].

Clave CIE 10a Rev.	Causa	TMC*	AVPP	REM	Priorización
E10-E14	Diabetes mellitus tipo 2	111	4350	18	8,578,013
K70 – K71; K74	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	33	2200	27	1,959,561
B20-B24	VIH/SIDA	8	1157	36	356,352
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica	19	585	3	37,970
I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	30	1100	1	35,441
I20-I25	Enfermedad isquémica del corazón	36	1167	0.44	18,845
J10-J18, J20-J22	Enfermedades respiratoras agudas bajas	15	927	0.86	11,829
A00 - A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1	65	0.71	65
B16; B18 -B 18.1	Hepatitis B	0.70	118	0.75	62
A15-A19	Tuberculosis	0.01	173	9	18

* Por cada 100,000 habitantes
TMC: Tasa de Mortalidad por Causa; AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos; REM: Razón Estandarizada de Mortalidad
Fuente: Elaboración propia. Datos tomados del Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica (SUIVE).

Como puede observarse en los datos obtenidos, la diabetes mellitus y la cirrosis se ubican como las enfermedades con mayor prioridad de mortalidad en la población de Xalapa, ambas son enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales implican los mayores costos para los servicios de salud[18].

En cuanto a la morbilidad en el municipio de Xalapa, las tres enfermedades con mayor relevancia son las infecciones respiratorias agudas, la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial (ver tabla 4).

Tabla 4. Priorización con base en la morbilidad en el municipio de Xalapa[19]

Clave CIE 10a Rev.	Causa	Tasa de Morbilidad*	Tasa de Mortalidad*	Priorización
J00-J06; J20-J22	Infecciones respiratorias agudas	16,303.63	15.07	245,696
E11	Diabetes mellitus tipo II	468.08	111.42	52,153
I10	Hipertensión arterial	1,119.75	28.73	32,170
K2; K29	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,133.81	26.15	29,649
A08; A09	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4,629.23	1.41	6,527

* Por cada 100,000 habitantes
Fuente: elaboración propia. Datos tomados del Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica (SUIVE).

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión[20]. Estos factores de riesgo varían según la priorización, ya que cada patología tiene diferentes factores de riesgo, para su desencadenamiento. Los factores de riesgo pueden por lo tanto ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Además la interacción de factores de riesgo biológicos, sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores.

Hay varios factores que permiten influir en la aparición de una enfermedad, los tipos de factores considerados fueron:

Factores biológicos. Son los que están relacionados con el hombre (genética, raza, edad y sexo); además de la presencia de un agente causal como son los virus, bacterias y parásitos[21].

Factores socioculturales (estilo de vida). Se definen como 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 hechos culturales, 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[22].

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[23].

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. Es una condición social no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones, como se comprende y se puede comparar, de un tiempo o espacio a otro.

En el caso del presente diagnóstico los principales factores de riesgo documentales para las enfermedades priorizadas son los siguientes:

<u>Factores de riesgo para infecciones de vías respiratorias agudas</u>

Factores biológicos

- Corta edad (inmadurez del sistema inmunológico). Los niños presentan mayor incidencia de IRAS, la neumonía es grave en los menores de un año y, aún más en los menores de dos meses de edad.
- Bajo peso al nacer. Niños que al nacimiento pesan menos de 2.600 kg.

- Ausencia de lactancia materna. La leche materna contiene sustancias que protegen al niño contra las bacterias, virus y hongos.
- Esquema incompleto de vacunación. Se ha demostrado que la protección contra el sarampión y la tosferina disminuye la ocurrencia de neumonía en niños menores de cinco años.
- Carencia de vitamina “A”. Las enfermedades infecciosas están asociadas con la deficiencia de vitamina “A”, esencial para el crecimiento y la función de las células T y B del sistema inmunológico.
- Enfermedades pulmonares crónicas (asma, displasia broncopulmonar, otras)
- Inmunodeficiencias.
- Uso repetitivo de antibióticos
- Desnutrición. Las defensas del organismo disminuyen y lo hace más propenso a las infecciones.
- Lactancia materna exclusiva, numerosas investigaciones revelan que en los niños alimentados exclusivamente con leche materna, son menos propensos a estas enfermedades[24].

Factores sociales

- Hacinamiento. Por una mayor exposición a los microorganismos.
- Falta de acceso a servicios de salud, a medicamentos y a inmunizaciones.
- Asistencia a lugares de concentración o públicos.
- Deficientes hábitos de higiene (lavado de manos, estornudo)[25].

Factores ambientales

- Contaminación por humo de cigarro o quema de leña en habitaciones cerradas.
- Clima. Por cambios bruscos de temperatura, caluroso-fríos, seco húmedo o frío-húmedo[26].

Factores económicos (Nivel de vida)

- Ingreso familiar bajo.
- Características de la vivienda como: deficiente ventilación, techo de lámina, piso de tierra[27].

Factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2

Factores biológicos

- Sobrepeso
- Obesidad
- Familiares de primer grado con diabetes
- >45 años de edad
- Las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional, mujeres con antecedente de ovarios poliquísticos; asimismo, se considera dentro de este grupo a las personas con hipertensión arterial (>140/90), dislipidemias (colesterol HDL <40 mg/dl, triglicéridos >250 mg/dl).
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores) (norma oficial mexicana)[28].

Factores ambientales

Entre los pacientes con DM2, las enfermedades cardiovasculares, especialmente las macrovasculares, son la primera causa de mortalidad. Un bajo nivel de actividad física, una dieta deficiente y el peso excesivo, especialmente alrededor de la cintura, aumentan significativamente su riesgo de desarrollar diabetes.

- Disminución de la actividad física: En la sociedad moderna actual se puede evidenciar una alarmante disminución en la práctica de actividades físicas, debido a múltiples factores como la sistematización de los procesos productivos y de la vida cotidiana; que han influido en la construcción de estilos de vida pasivos relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes. Por tal razón, en las últimas décadas se ha

desarrollado un importante interés en el estudio de cómo la falta de práctica de actividad física (sedentarismo) afecta directamente la salud y el bienestar de la población.

- Las actividades físicas de intensidad moderada como caminar rápido reducen substancialmente el riesgo de DM2. Es conocido que los ácidos grasos, derivados del tejido adiposo, pueden interferir con la señalización de la insulina en los músculos, y por consiguiente, la proporción de glucosa retirada de la circulación e introducida en los músculos, se tarda.
- Sedentarismo: El sedentarismo es la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad. La inactividad física incrementa todas las causas de mortalidad, duplica el riesgo enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, y la obesidad.
- Inactividad, los niveles de inactividad son altos tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. En los países desarrollados más de la mitad de los adultos son físicamente inactivos. En las ciudades grandes en vías de desarrollo, la inactividad física es aún mayor. Aglomerando la pobreza, el crimen, el tráfico, la mala calidad del aire y la falta de parques, los deportes y medios de recreación convierten al ejercicio en una opción difícil. Incluso en las áreas rurales de los países desarrollados los pasatiempos sedentarios, como mirar la televisión, son cada vez más comunes. Inevitablemente, los resultados son aumentos de los niveles de obesidad, diabetes, y de enfermedades cardiovasculares.
- En los individuos sedentarios, la acumulación excesiva intramiocelular de triglicéridos se asocia con la resistencia de la insulina. Así parece que los metabolitos de los lípidos interfieren con la señalización de la insulina. Estas observaciones, y otras en individuos muy obesos y pacientes con diabetes tipo 2, sugieren que malas proporciones de oxidación de ácidos grasos están asociados con la insulinoresistencia. Además, al igual que en la obesidad y DM2, se aumentan las proporciones de ácidos grasos transportados a los músculos, como la acumulación excesiva de metabolitos de los lípidos en el interior de la célula, interfieren con

señalización de la insulina, puede ocurrir como resultado de las malas proporciones de oxidación ácidos y el aumento de las proporciones de ácidos grasos transportados hacia los músculos. La acumulación intramiocelular excesiva de lípidos puede ser evitada con el ejercicio, que mejora la capacidad de oxidación ácidos grasos[29].

Factores socioculturales

El riesgo de muerte asociado a diabetes es mayor entre los grupos socioeconómicos desfavorecidos en los que se detecta más desempleo y una baja escolaridad, así como una menor tendencia a practicar un estilo de vida saludable.

Esta es una de las conclusiones de la “Geografía de la Diabetes: Las desigualdades sociales y el riesgo de muerte”, un trabajo desarrollado por la portuguesa Paula Santana, especialista de la geografía de la Salud y del Plan Urbano Sustentable.

Los ambientes de privación socio-material crean un caldo de cultivo para la diabetes, principalmente la de tipo 2, que se contrae normalmente en edad adulta.

Este contexto es tendente a crear “comportamientos menos saludables”, como el sedentarismo, y propicia además una mayor ingesta de calorías y la práctica de dietas pobres en granos integrales.

La privación socio-material unida a un deficiente acceso a los cuidados de salud o a una inaccesibilidad a establecimientos con productos alimentarios frescos potencian aún más el riesgo de muerte por diabetes.

Del total de diabéticos diagnosticados, 14.2% (poco más de 900 mil) no se encuentran en tratamiento y por lo tanto están retrasando acciones de prevención de complicaciones.

Por condición de aseguramiento: únicamente 4% de los que reportaron contar con aseguramiento privado no se atiende, 27.5% de los diabéticos que no cuentan con protección en salud (cerca de 280 mil individuos) no han acudido para atenderse de este padecimiento durante al menos un año. Entre los afilados al

SPSS, este porcentaje es de 13% (256 mil personas), y 11% (378 mil personas) para los que se atienden en la seguridad social[30].

Factores económicos

De acuerdo a las encuestas del ENSANUT del 2000, 2006 y 2012 la prevalencia de diabetes por diagnóstico previo fue mayor en zonas urbanas que en rurales. Con respecto al Nivel Socio Económico (NSE), la prevalencia fue similar en el alto en comparación con el medio y el bajo en la ENSANUT 2012; mientras que fue mayor en el NSE alto en comparación con el medio y el bajo en la ENSANUT 2006. Por tipo de institución de protección en salud, el porcentaje mayor fue en quienes contaban con seguridad social y el más bajo fue en quienes no tenían seguridad social [31].

Sin embargo según la ENSANUT del 2000, el efecto de la DM2 se magnifica al afectar con mayor frecuencia a grupos de población cuyos factores sociales o económicos limitan su acceso al tratamiento, presentándose la enfermedad más frecuentemente en personas mayores de 60 años y en grupos de baja escolaridad o cuyos ingresos no superaban los dos salarios mínimos[32].

Factores de riesgo para Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs)

Factores biológicos

- Edad (< 5 años)
- Bajo peso al nacer (<2600grs.)
- Falta de alimentación exclusiva vía lactancia antes de los seis meses, la principal contribución de la lactancia materna en la prevención o limitación de la severidad de enfermedades infecciosas, está dada por el alto nivel de defensas inmunológicas que se transfieren a través de la misma de la madre al niño
- Desnutrición, indica que la desnutrición proteico energética aumenta la probabilidad de presentar esta enfermedad

- Falta de la vacuna contra el rotavirus, el rotavirus es una enfermedad causada por un agente viral que es la causante de la mayoría de las enfermedades diarreicas de los menores de 5 años.
- Uso inadecuado de antibióticos[33].

Factores sociales

- Pobreza percibida
- Padres que no trabaja
- Baja escolaridad de la madre
- Baja escolaridad del padre
- Hacinamiento
- Biberón

Factores de riesgo ambientales

- Piso de tierra
- Aseguramiento de la eliminación de excretas
- Seguridad del agua para beber, los niños que en sus hogares tenían mala calidad del agua de consumo en ocasiones tienen más probabilidades de enfermar
- Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño
- Manejo que se les proporciona a los alimentos antes y después de cocinarlos. (contaminación de alimentos y agua)[34].

Factores de riesgo económicos

- Acceso a los servicios de salud
- Acceso a la seguridad social
- Acceso a la alimentación
- Ingreso mensual de la familia, cuánto destina para alimentos y donde realiza sus compras.

- Refrigeración de alimentos (si tienes refrigerador)[35].

Factores de riesgo de cirrosis hepática

Factores de riesgo biológicos

- Hepatitis viral B
- Hepatitis C
- Enfermedades autoinmunes, muchos pacientes con hepatitis autoinmune presentan cirrosis establecidas al diagnóstico de la enfermedad hepática
- Hepatitis virales asociadas a ingesta de alcohol
- Coinfección hepatitis B y hepatitis C
- Esteatohepatitis no alcohólica.

Factores de riesgo socioculturales (estilos de vida)

- Consumo crónico de alcohol, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas es una de las causas principales de la cirrosis, así mismo el consumo excesivo de alcohol contribuye a una mayor progresión de la lesión hepática en pacientes con hepatopatías graves como hepatitis crónica por el VCH.

Factores de riesgo de hipertensión arterial

Factores biológicos

- Antecedentes familiares de HAS.
- Tiempo y manejo de la hipertensión arterial.
- Edad alta
- Obesidad
- Dislipidemias
- Diabetes

Factores ambientales

- Estilo de vida sedentario

- Consumo de alimentos procesados con alto contenido de sal.
- Percepción de la imagen corporal, no siempre es factible tomar las medidas directas de talla y peso en estudios a gran escala, ya que requieren equipo costoso y personal capacitado; por tanto, se han sustituido con las medidas de peso y talla autorreportadas desde los años 70. Otra alternativa es autorreportar la imagen corporal usando siluetas estándar que representan la percepción corporal en diferentes etapas de la vida. Asimismo, se ha sugerido que el autorreporte de la percepción de la imagen corporal (PIC) puede ser un buen sustituto como indicador del índice de masa corporal (IMC). Sin embargo, la percepción de la imagen varía entre las diferentes poblaciones.

  (<25, 25-30 y$\geq$ 30 kg/m^2), así como de percepción de imagen corporal (dibujos 1-3, 4-6 y 7-9 de la figuras mostradas a los entrevistados, para normal, sobrepeso y obesidad, respectivamente). Las categorías de índice de percepción de imagen corporal para mujeres y hombres se validaron mediante el cálculo de sensibilidad y especificidad, tomando como contraste las categorías del IMC establecidas por la OMS[36].
- Alimentación excesiva
- Tabaquismo
- Alcohol[37].

1.3 Marco contextual

La transición epidemiológica del país, está directamente relacionado con el cambio en los principales factores de riesgo a los que se expone la población. En la historia de la humanidad las enfermedades que más afectaban a la población eran las enfermedades transmisibles o infecciosas que estaban asociadas a los problemas ambientales como la falta de agua, disposición inadecuada de excretas, y otras. Sin embargo, ahora las enfermedades están relacionadas con las decisiones personales, en torno a estilos de vida: consumo de alcohol, tabaco

y otras sustancias adictivas, inactividad física, alimentación inadecuada y obesidad. Estas enfermedades se denominan no transmisibles.

La aparición de las enfermedades no transmisibles representan una gran problemática de salud para los Servicios de Salud por los altos costos que presentan, por ello se tiene que empezar a anticipar y desarrollar iniciativas de prevención y proporcionar medios para mejorar y mantener la salud. Es así que la Unidad de Vida Saludable (UVISA) se une a los esfuerzos realizados a nivel nacional e internacional para impulsar las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La Unidad de Vida Saludable (UVISA) es una unidad de atención integral, que se enfoca a la prevención y promoción de la salud, ofrece información, consejería, capacitación para fomentar y mantener estilos de vida saludable y con ello lograr una mejor calidad de vida. Estos objetivos los pretende alcanzar mediante seis estrategias:

- Servicio integral de prevención y promoción de la salud.
- Capacitación y educación para la salud de la comunidad
- Investigación en salud.
- Coordinación intersectorial.
- Comunicación con la comunidad.
- Capacitación constante para el personal de salud.

Misión

Desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud con énfasis en la participación comunitaria para fomentar estilos de vida saludables y así lograr una mejor calidad de vida de la población.

Visión

Ser una Unidad Multidisciplinaria de referencia nacional e internacional en el desarrollo de estilos de vida saludables mediante la educación para la salud, capacitación, investigación y la participación de la comunidad.

Ubicación de la Unidad y área de influencia

UVISA está ubicada en la Ciudad de Xalapa, Ver, en la Av. Orizaba No. 27, Col. Obrero Campesina, Fraccionamiento Veracruz; el horario de servicio es de lunes a viernes de 8:00 a 15:30 hrs; esta unidad es única en su tipo en el Estado de Veracruz y a nivel nacional. UVISA es referencia nacional en el desarrollo de estilos de vida saludables, mediante la educación para la salud, capacitación, investigación y la participación de la comunidad.

La UVISA proporciona atención a la población del área de influencia del Centro de Salud José A. Maraboto, que incluye 16 núcleos básicos y también brinda el servicio a la población abierta; actualmente se tienen registrados 1,111 usuarios que provienen de los diferentes núcleos y población abierta.

La UVISA se encuentra ubicada en un edificio de dos niveles que cuenta con una recepción y sala de espera, 7 oficinas distribuidas para las diversas áreas, un archivo, un salón para cocina, un salón para los diferentes clubes, una sala de usos múltiples, un salón para activación física y tres baños. Sin embargo la UVISA comparte el segundo nivel del inmueble con el Módulo de Salud Mental y Clínica del tabaquismo, haciendo insuficiente la distribución de los espacios para las diferentes actividades que se realizan en la Unidad.

Reseña histórica

La Unida de Vida Saludable surgió como un proyecto en conjunto por parte de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz y el Instituto de Salud Publica en el año 2006, basándose en un modelo exclusivamente de prevención y promoción de la salud.

En el año 2007 se propone como proyecto de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) ante la Secretaría de Finanzas de Gobierno del Estado, como una iniciativa por impulsar las acciones de prevención y promoción de la salud, para alcanzar y mantener la salud. En este mismo año el proyecto fue aprobado por el gobernador Lic. Fidel Herrera Beltrán; en el mes de mayo de 2009 la UVISA inicia sus operaciones al público.

Descripción del personal de salud

La Unidad de Vida Saludable cuenta con una estructura organizacional dependiente del Departamento de Control de Enfermedades, que a su vez es depende de la Subdirección de Control de Enfermedades perteneciente a la Dirección de Salud Pública de la Secretaria de Salud del Estado de Veracruz.

El personal que labora en la UVISA está conformado por un total de 18 personas, distribuido en las diferentes áreas con que cuenta la unidad.

El personal se distribuye de la siguiente manera: una coordinadora general, una persona en administración, una persona encargada del sistema de información, una persona responsable del área de trabajo social, una persona responsable del área de enfermería y un auxiliar, un responsable del área de reconocimiento médico, dos activadores físicos, dos psicólogas, una persona responsable del área de salud oral y un auxiliar, dos personas encargadas del área de nutrición, una persona en el área de admisión y dos personas encargadas de la vigilancia. El área de enseñanza e investigación es virtual por lo que está a cargo de dos personas que desempeñan también otras funciones: coordinadora general y la responsable de reconocimiento médico.

En la UVISA se realizan actividades intramuros y extramuros, a continuación se describen cada una de ellas.

Actividades intramuros.

Dentro de la UVISA se desarrollan diversas actividades encaminadas a favorecer la reducción de factores de riesgo para distintos padecimientos, programadas en los distintos días en los que se presta atención a la población atendida.

Las siguientes son las acciones establecidas y realizadas dentro de la unidad (intramuros):

- Se entregan y se actualizan las acciones de las cartillas Nacionales de Vacunación brindando orientación y promoviendo el uso de la misma según grupo de edad con el fin de reducir los riesgos de contraer enfermedades virales contagiosas.
- Detección, orientación, seguimiento y atención integral de diabetes mellitus, hipertensión, síntomas prostáticos, periodontopatías, caries, trastornos alimentarios. Eso mediante la puesta en marcha de pláticas informativas dentro del club del adulto mayor. Aunado a las actividades desarrolladas y como herramienta complementaria se realizan visitas a museos, caminatas, picnics saludables, ejercicios mentales.
- Por medio de técnicas oportunas como pláticas a adolescentes y adultos se brinda información referente a orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, prácticas de riesgo, trastornos alimentarios, prevención de accidentes y embarazo. Promoviendo la concientización de los asistentes respecto a la importancia de dichas temáticas.
- Realización del taller de salud oral, dirigido a escolares de 6 a 19 años, en tópicos de técnicas de cepillado, así como el uso correcto de pastas dentales, fluoruros, hábitos alimenticios para prevenir caries y reducir riesgos de padecer enfermedades relacionadas con la salud oral.
- Se lleva a cabo el taller permanente de nutrición para adolescentes, de 12 a 19 años, dicho taller va de la mano con el club de cocina saludable, el cual brinda la posibilidad al usuario de adquirir herramientas a corto plazo sobre aspectos nutricionales, alimentarios, de higiene, preparación y conservación de alimentos de temporada, de fácil acceso y con los adecuados valores nutrimentales que mejoran la calidad de la alimentación con fines de hacerla más variada e inocua. Tal vez actividades dan un énfasis especial en la reducción de factores de riesgo como lo son los de trastornos alimentarios: obesidad, desnutrición, anorexia y bulimia. Por otro lado estas actividades son un factor protector para prevenir enfermedades

crónico degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial.

- Dentro del club de peques y el taller de estimulación temprana se promueven las capacidades físicas, mentales y emocionales de los menores de 5 años, asi como la iniciación de una cultura de autocuidado de la salud y promoción de estilos de vida saludables en los niños y niñas de 6 a 9 años, para la adopción, mantenimiento y creación de estilos de vida, condiciones y ambientes saludables en cada una de sus posteriores etapas de su vida, mediante actividades lúdicas. En cada sesión se promueven temas de salud de las diferentes áreas de la unidad, acondicionamiento físico, todo bajo un encuadre de desarrollo humano para niños.
- Realización de sesiones de trabajo con grupos de Ayuda Mutua: Embarazadas, Adultos Mayores, en temas relacionados con la edad y estado de vida (alimentación al seno materno, ablactación, nutrición, prevención de accidentes, entre otros). Dichas sesiones de trabajo representan un factor protector para reducir situaciones de riesgo.

Actividades extramuros.

Son acciones realizadas fuera de la UVISA, con el fin de promocionar estilos de vida adecuados, cabe destacar que generalmente se llevan a cabo en instituciones educativas. Las actividades extramuros son las siguientes:

- Realización de cursos de capacitación a personal educativo de escuelas secundarias y bachillerato en salud sexual y reproductiva, prácticas de riesgo, violencia familiar, trastornos alimentarios, y demás acordes a las necesidades de los escolares.
- Fomentar la estrategia “espacios libres de humo”, y otras similares orientadas al manejo social de riesgo en la población.
- Realización de diagnóstico de salud en escolares, que incluye determinación de agudeza visual y auditiva, de pediculosis, evaluación del estado nutricio, determinación de caries y maloclusiones y pie plano.

- Brigadas preventivas en salud: Difusión de las actividades de la Unidad en puntos estratégicos, donde se realiza determinación de peso y talla, presión arterial y de glucosa capilar.

1.4 Marco Jurídico

Leyes federales

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Art. 4. Párrafo cuarto, en donde se menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

D.O.F. + 5-11-1917, última reforma 29-X-2003.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Art.39 D.O.F. 29- XII-1976, modificado 2-VI- 2006.

Ley de Planeación. D.O.F. 5-1- 1983, última reforma 09-04-2012.

Ley General de Salud. D.O.F 7- I – 1984, última reforma 14-II- 2006

En donde los artículos específicos que tienen relación con la promoción y prevención (objetivos de la UVISA), son:

Cap. I Disposiciones Comunes.

Artículo 110.- La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111. La promoción de la salud comprende:

I. Educación para la salud;

II. Nutrición;

III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, adoptando medidas y promoviendo estrategias de mitigación y de adaptación a los efectos del cambio climático;

IV. Salud ocupacional, y

V. Fomento Sanitario

Cap. II Educación para la Salud

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 113.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población. Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan.

Ley de los derechos de las Personas Adultas Mayores. D.O.F 25-VI-2002, adición 26-I-2006.

<u>Leyes Estatales</u>

Constitución Política del Estado de Veracruz Cap.2, Art. 4

G.O. 16 – IX – 1917, Última reforma 18- III – 2003

Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Veracruz.

G.O. 7 – V – 1988, modificado 28 – XII- 2005.

Ley de Salud del Estado de Veracruz- Llave.

G.O. 7- V- 1988, modificando 28- XII – 2005.

Reglamentos

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.

Cap. I, Art. 7 inciso I, II. Art. 8 I. Art. 10 incisio I. Art. 10 inciso I. Art. 31. Art.33. Art.34. Cap. VI,

Art. 118

D.O.F 14 – V – 1986.

Reglamento Interior de la Secretaría de salud.

D.O.F 19- I – 2004. Fe de erratas D.O.F. 28 – I – 2004

Acuerdos

Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud Durante la Línea de Vida.

D.O.F. 3 – X – 2003.

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Comunidades Saludables.

D.O.F. 25 – III- 2004.

Normas Oficiales Mexicanas

RESOLUCIÓN por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM- 005 – SSA2 – 1993, de los servicios de Planificación Familiar.

D.O.F 30 – V – 1994.

Norma Oficial Mexica NOM – 008 – SSA3 – 2010, Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad.

D.O.F 08 - XII - 2008.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM – 013 – SSA2- 2006, para la prevención y Control de Enfermedades Bucales.

D.O.F. 6 – I – 1995, modificado 19 – V – 2006.

Norma Oficial Mexicana NOM – 014 – SSA2 – 1994 para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer de Cuello, Útero y de la Mama en Atención Primaria.

D.O.F. 16 – I – 1995, modificado 6 – III 1998, 31 – V- 2007.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM – 015 – SSA2 – 1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.

D.O.F 18 – XII – 1999, modificando 18 – I – 2001.

Norma Oficial Mexicana NOM – 028 – SSA2 – 1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

D.O.F 15 – IX – 2000.

Norma Oficial Mexicana NOM – 030 – SSA2 – 1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial.

D.O.F 17 – I – 2001.

Norma Oficial Mexicana NOM – 031 – SSA2 – 1999, para la Atención a la Salud del Niño. Para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY- NOM-031-SSA2-2009, Para la Atención a la Salud del Niño.

D.O.F. 9 – II – 2001.

Norma Oficial Mexicana NOM – 035 – SSA2 – 2012, para la Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para brindar la atención médica.

D.O.F. 05 – IX- 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM – 036 – SSA2 – 2012, Prevención y Control de enfermedades. Aplicación de vacuna, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el ser humano.

D.O.F. 28 – II – 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM -037 – SSA2 – 2012, para la Prevención y Control de las Dislipidemias.

D.O.F. 03 – II – 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM -039 – SSA2- 2002, para la Prevención y Control de las Infecciones de Trasmisión Sexual.

D.O.F 11 – V- 2001.

Norma Oficial Mexicana NOM – 040 – SSA2- 2004, en Materia de Información en Salud.

D. O. F. 28 – IX - 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación.

D.O.F. 28 – V – 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

D.O. F. 13 – II - 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención

médica de pacientes ambulatorios. Para quedar como PROY-NOM-005-SSA3-2007, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

D.O.F. 29-X-1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-180-SSA1-1998. Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano. Equipos de tratamiento de tipo doméstico. Requisitos sanitarios.

D.O.F. 30-X-2000.

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

D.O.F. 8-III-2000.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-1994, relativa a las condiciones de seguridad para la Prevención y Protección Contra Incendio en los Centros de Trabajo.

D.O.F. 20-VII-1994 y su aclaración.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SCFI-1994, Seguridad de Equipo de Procesamiento de

Datos.

Planes y Programas

Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.

D.O.F. 20 – V – 2013.

Programa Nacional de Salud 2007 – 2012.

D.O.F. 31- V- 2007.

Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007.

Plan Veracruzano de Desarrollo 2011 – 2016.

Cap. X

G.O. III-2005.

Programa Sectorial de salud 2005-2010.

G.O. 2005.

Programa de Acción: Atención al Envejecimiento.

2001.

Programa de ejercicios para el cuidado de la salud. Guía de ejercicios para la prevención de afecciones cardiovasculares e hipertensión arterial en personas de 30 a 35 años de edad. Guía de ejercicios para la prevención de padecimientos crónico degenerativos para personas de 51 a 70 años. Guía de ejercicios para fortalecer la salud de los jóvenes de 13 a 29 años de edad.

5818 DOCSAL

Manuales de estimulación temprana

Estimulación Temprana y Evaluación del Desarrollo para el Niño Menor de Dos Años de Edad. Desarrollar un proceso educativo desde el nivel estatal y jurisdiccional en la comunidad de su responsabilidad, para que los trabajadores de la salud capaciten a los padres o cuidadores del menor, en la forma de aplicar las acciones de Estimulación Temprana, y así coadyuven en un esfuerzo conjunto al desarrollo pleno de las capacidades físicas, mentales y sociales de los menores de dos años en particular.

2. Planteamiento del Problema

La UVISA surge como un proyecto basado en un modelo de atención exclusivamente de prevención y promoción de la salud, el cual se desarrolla en un trabajo conjunto de los Servicios de salud de Veracruz y el Instituto de salud Pública en el año 2006, posteriormente, en el 2007 se recluta el recurso humano para la Unidad y se desarrollan todos los documentos y materiales necesarios para dar apertura de los servicios a la población.

En el año 2009 se realizó un Diagnóstico de Salud de la UVISA, a cargo de dos alumnos de la Maestría en Salud Pública; sin embargo este diagnóstico solo incluye información sobre prácticas, actitudes y conocimientos de la población respecto del cuidado de la salud de los usuarios proveniente del núcleo básico 3 del Centro de Salud José A. Maraboto, ya que en un principio solo se atendía a esta población.

Actualmente la UVISA atiende usuarios de los 16 núcleos básicos del centro de salud antes mencionado, además de población de todo el municipio de Xalapa; por lo que con base en los resultados obtenidos en la priorización de daños donde las infecciones respiratorias, diabetes mellitus y la hipertensión arterial fueron las enfermedades prioritarias, se presenta la necesidad de analizar la situación de la población usuaria actualmente en cuanto a sus condiciones de salud, factores de riesgo y estrategias de prevención.

Con base en lo anterior, la importancia del diagnóstico es poder conocer y analizar qué acciones llevan a cabo los usuarios para mantenerse saludables, así como también poder aportar los datos necesarios para la implementación de nuevos planes que fortalezcan la unidad.

2. 1 Justificación

Realizar un diagnóstico de salud permite conocer los principales problemas que se presentan en un periodo determinado y en función de esto se podrán aplicar estrategias adecuadas a las necesidades de la población usuario de la Unidad.

Debido a que los diagnósticos previos de la UVISA se realizaron con una población proveniente exclusivamente del núcleo 3, y actualmente la Unidad extendió su área de servicio a los 16 núcleos básicos y a la población abierta, resulta necesario actualizar el diagnóstico de salud para conocer las condiciones de salud de los nuevos usuarios, así como valorar sus factores de riesgo y prácticas de prevención con base en los daños priorizados en el municipio de Xalapa.

2.2 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las condiciones de salud de los usuarios de la Unidad de Vida Saludable de la ciudad de Xalapa, Veracruz?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Identificar las condiciones de salud de los usuarios de la Unidad de Vida Saludable (UVISA) para obtener una visión actual de su situación de salud que permita a la unidad realizar las acciones preventivas y de promoción de la salud que consideren necesarias.

2.3.2 Objetivos Específicos

- Detectar los daños a la salud en la población.
- Describir las características socioeconómicas y demográficas de los usuarios.
- Identificar las características de los estilos de vida de los usuarios.
- Conocer las prácticas preventivas que realizan los usuarios.
- Identificar los factores de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

3. Metodología

3.1 Diseño de la investigación

De acuerdo con el análisis y alcance de los resultados, se trata de un estudio descriptivo, ya que tiene como objetivo especificar las propiedades importantes del grupo estudiado y describir el comportamiento de las variables a estudiar, en este caso, la situación de salud de la población que asiste a UVISA. Además se puede considerar que el presente diagnóstico posee un componente de estudio analítico, debido al cálculo de la razón de momios (OR) que se utilizó para conocer los principales factores de riesgo hallados en la población.

De acuerdo con la interferencia del investigador se trata de un estudio observacional debido a que no se realizará ningún tipo de intervención para exponer a la población en estudio a los eventos medidos ni se realizará ningún tipo de manipulación de variables.

Según el período y secuencia el estudio, se trata de una investigación de tipo transversal, ya que las variables serán estudiadas en un momento dado y con un corte en el tiempo, realizando una sola medición de las variables de estudio. Se utilizó una metodología de tipo cuantitativa.

3.2 Definición del universo y muestra

El universo de la UVISA está conformado por 1,111 usuarios registrados desde la apertura de la Unidad en mayo de 2009. Debido a que no todos los usuarios que conforman dicho universo se encuentran activos, ya que algunos han dejado de asistir y no existe registro de cuáles son los que continúan asistiendo, se decidió realizar un muestreo no probabilístico a conveniencia para conformar la muestra del estudio, se realizó con base en la demanda del servicio, logrando obtener una muestra de 85 usuarios.

Pese a ser no probabilístico, se hizo un ejercicio para estimar el tamaño que se buscaría de la muestra, se utilizó la fórmula de estimación de proporciones siguiente:

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

Donde:

d = precisión (5%)

Z = nivel de confianza (95%)

P = proporción previa estimada (proporción de daño priorizado)

Debido a que en la UVISA se atiende a usuarios sanos, la proporción previa estimada utilizada no fue de una enfermedad, se utilizó la prevalencia de lactancia materna exclusiva, que de acuerdo a la ENSANUT 2012 es de 14.5% en la población mexicana[38]

De esta manera, sustituyendo la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 \; 0.144(1 - 0.144)}{0.05^2}$$

Se obtuvo una muestra de 189 personas, la cual se ajustó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n^1}{1 + \frac{n^1}{N}} = \frac{189}{0.1701117011} = 161.5384615 \approx \boxed{162}$$

Resultando una muestra final de 162 usuarios.

En cuanto al muestreo no probabilístico a conveniencia, se realizó con base en la demanda del servicio, logrando obtener una muestra de 85 usuarios.

3.3 Definiciones conceptuales y operacionales de variables e indicadores

Variables epidemiológicas

Variables para morbilidad

Tabla 5. Infecciones respiratorias agudas y sus factores de riesgo

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Infecciones respiratorias agudas (IRAs)	Se denomina así a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.[39] Considerando como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: 1. Resfriado común 2.Faringoamigdalitis 3. Otitis media 4. Crup 5. Neumonía	Casos nuevos acumulados de IRAs, ocurridos durante los últimos 30 días, previos a la entrevista en los habitantes de la vivienda en menores de cinco años y reportados por el entrevistado.	Porcentaje de personas que enfermaron por IRAs, señalando el porcentaje que se encontró en el grupo de edad vulnerable: niños menores de 5 años y adultos mayores de 60 años.	Cuantitativa De razón
Atención de IRAs	Conjunto de acciones para la, atención médica o personal de enfermedades, que se desarrollan con el fin de preservar o recuperar la salud del individuo, la familia o la comunidad.	Establecimiento de atención médica de salud donde asiste el entrevistado para la curación de IRAS y se categorizará: 1 médico de institución de salud (especificar institución) 2. médico particular 3. farmacéutico 4.curandero 5.automedicación 6. nadie 7 otro (especificar) 588 No sabe 599 No responde	Porcentaje de cada una de las categorías de atención para IRAS.	Cualitativa nominal politómica
Capacitación del responsable en el manejo de enfermedad	Proceso de ayuda ofrecido al individuo orientada a resolver problemas de salud en el menor de 5 años.	Orientación en el manejo de IRAs recibida por el responsable del menor de 5 años de edad.	Porcentaje de los responsables de menores de 5 años con orientación en el manejo de IRAs.	Cualitativa Nominal

es IRAs					
Nutrimentos para reducir el riesgo de enfermar por infecciones respiratorias agudas	Nutrimento es toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo. Las frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas A, C y D representan un factor protector contra infecciones respiratorias agudas.[40]	Aporte de vitaminas A (brócoli, espinaca, leche y derivados, etc); C (cítricos, berro, tomates, papaya, etc.); y D (pescado, huevos, vísceras, etc.) entre otros alimentos, que refirió consumir la persona y los miembros de su familia el día anterior a la entrevista, considerando como inadecuado el no haber consumido al menos una porción de cada uno.		Porcentaje de personas que dicen consumir vitaminas A C y D en los grupos de alimentos mencionados.	Cualitativa Nominal
Higiene personal	La higiene personal es un grupo de prácticas individuales, como los hábitos de aseo personal, que sirven para mejorar o conservar la salud.[41]	Técnicas para estornudar y toser Frecuencia en la higiene personal (bañarse)	Técnicas adecuadas o inadecuadas para proteger a las demás personas al estornudar o toser, considerando: -Adecuado: cubrirse con un pañuelo o con la parte interna del codo. -Inadecuado: cubrirse con la mano o no hacer nada Frecuencia con que refiere el entrevistado bañarse en la semana, considerando: -Adecuado: 4 a 7 veces o más de 7 veces. -Inadecuado: 1 a 3 veces	Porcentaje de personas con prácticas adecuadas de higiene personal	Cualitativa Nominal
Ausencia de lactancia materna exclusiva	La ausencia de la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como	Niños y niñas menores de cinco años que refiera el entrevistado durante los primeros 6 meses a partir del		Porcentaje de niños y niñas sin antecedente de lactancia materna exclusiva.	Cualitativa nominal dicotómica

	único alimento durante los primeros seis meses de vida.[42]	nacimiento no recibieron otro alimento o bebida, incluyendo agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales. Categorías: • Con antecedente de lactancia materna exclusiva • Sin antecedente de lactancia materna exclusiva			
Ablactación	Es la incorporación a la dieta del lactante de alimentos distintos a la leche materna o su sucedáneo, realizándose gradual y progresivamente a partir de los 6 meses de edad o de acuerdo con las necesidades específicas de cada lactante.	Es la edad de la incorporación a la dieta del niño o niña diferente a la leche materna que refiera el entrevistado.		Media de edad en meses	Cuantitativa de razón
Cuidado del niño menor de 5 años por parte de su responsable	Conjunto de actividades de higiene y cuidado que realiza el responsable del niño menor de 5 años.	Lavado de manos del menor de 5 años	Momentos en los que el responsable del menor de 5 años le lava las manos o verifica que este se las lave, considerando: -Adecuado. Antes de comer y después de ir al baño -Inadecuado. Hacerlo sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	Cualitativa Nominal

		Lavado de frutas y verduras que ingiere el menor de 5 años	Tipo de lavado que realiza el responsable del menor de 5 años de las frutas y verduras que este consume, considerando: Adecuado. Las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta Inadecuado. Las come tal cual sin lavarlas o desinfectarlas.		
		Lavado de manos del responsable del menor	Momentos en los cuales se lava las manos el responsable del menor de 5 años, considerando -Adecuado: antes de comer y después de ir al baño. -Inadecuado: sólo antes de comer o sólo después de ir al baño		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Enfermedades diarreicas agudas y sus factores de riesgo

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
EDAs	Síndrome clínico que se acompaña de la expulsión frecuente de heces laxas o acuosas y a menudo otros signos y síntomas como vómitos, fiebre, deshidratación y desequilibrio de electrólitos. Es una manifestación de infección por muy diversos patógenos bacterianos, víricos y parásitos intestinales.[43]	Incidencia de enfermedades diarreicas, referidas por el entrevistado. Se define la deposición de tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas, con un episodio igual o menor a 14 días de evolución. Categoría: -Con diarrea aguda -Sin diarrea aguda	Incidencia acumulada de EDAS, en el último mes previo a la entrevista	Cualitativa nominal dicotómica.
Atención de EDAs	Conjunto de acciones para la, atención médica o personal de enfermedades, que se desarrollan con el fin de preservar o recuperar la salud del individuo, la familia o la comunidad.	Establecimiento de atención médica de salud donde asiste el entrevistado para la curación de EDAS y se categorizará: 1 médico de institución de salud (especificar institución) 2. médico particular 3. farmacéutico 4.curandero 5.automedicación 6. nadie 7 otro (especificar) 588 No sabe 599 No responde	Porcentaje de cada una de las categorías de atención para EDAS	Cualitativa nominal politómica
Bajo peso al nacer	Niño o niña que pesa al nacer menos de 2,500 gr. (hasta 2 499 gr inclusive), independientemente de su edad gestacional.[44]	Es el peso corporal que refiera el entrevistado del niño o niña al nacimiento de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional. Categorías • Con antecedente de bajo peso al nacer es el peso del recién nacido de 2,499 gramos, independientemente de su edad gestacional. • Sin antecedente de bajo peso al nacer. El	Porcentaje de cada una de las categorías. Promedio de peso al nacer.	Cualitativa Ordinal Politómica

		peso del recién nacido de 2,500 gramos o más independientemente de su edad gestacional.		
Ausencia de lactancia materna exclusiva	La ausencia de la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como único alimento durante los primeros seis meses de vida.[45]	Niños y niñas menores de cinco años que refiera el entrevistado durante los primeros 6 meses a partir del nacimiento no recibieron otro alimento o bebida, incluyendo agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales. Categorías: • Con antecedente de lactancia materna exclusiva • Sin antecedente de lactancia materna exclusiva	Porcentaje de niños y niñas sin antecedente de lactancia materna exclusiva.	Cualitativa nominal dicotómica
Ablactación	Es la incorporación a la dieta del lactante de alimentos distintos a la leche materna o su sucedáneo, realizándose gradual y progresivamente a partir de los 6 meses de edad o de acuerdo con las necesidades específicas de cada lactante.[46]	Es la edad de la incorporación a la dieta del niño o niña diferente a la leche materna que refiera el entrevistado.	Media de edad en meses	Cualitativa Ordinal Politómica
Cuidado del niño menor de 5 años por parte de su responsable	Conjunto de actividades de higiene y cuidado que realiza el responsable del niño menor de 5 años.[9]	Lavado de manos del menor de 5 años	Momentos en los que el responsable del menor de 5 años le lava las manos o verifica que este se las lave, considerando: -Adecuado. Antes de comer y después de ir al baño	Porcentaje de responsables con un cuidado adecuado del niño	Cualitativa Nominal

			-Inadecuado. Hacerlo sólo antes de comer o sólo después de ir al baño.		
		Lavado de frutas y verduras que ingiere el menor de 5 años	Tipo de lavado que realiza el responsable del menor de 5 años de las frutas y verduras que este consume, considerando: Adecuado. Las desinfecta con gotas desinfectantes, las lava con agua y jabón, las lava y desinfecta Inadecuado. Las come tal cual sin lavarlas o desinfectarlas.		
		Agua que se le da a beber al menor de 5 años	Tipo de agua que provee el responsable al menor de 5 años, considerando como: -Adecuado. La hierven, le ponen gotas desinfectantes, utilizan filtro, compran agua embotellada. -Inadecuado. La usan tal y como la obtienen de la llave.		
		Lavado de manos del responsable del	Momentos en los cuales se lava las manos el responsable del menor de 5 años,		

		menor	considerando -Adecuado: antes de comer y después de ir al baño. -Inadecuado: sólo antes de comer o sólo después de ir al baño		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Hipertensión arterial y sus factores de riesgo

Variable	Definición conceptual	Definición operacional		Indicadores	Escala de medición
Antecedentes heredofamiliares de Hipertensión arterial	Transmisión de un conjunto de caracteres patológicos para desarrollar Hipertensión arterial que es de padres a hijos.	Transmisión hereditaria por parte de padres o abuelos por la cual adquirieron antecedentes de hipertensión arterial que el entrevistado refiera		Porcentaje de personas entrevistadas que refieren tener antecedentes heredofamiliares con HA.	Cualitativa nominal dicotómica
Consumo de alimentos procesados con alto contenido de sal.	Se refiere la frecuencia de consumo de de alimentos procesados como enlatados, mortadela, jamones, etc,	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la frecuencia de su consumo de alimentos procesados y puede ser: si, no, no sabe y no contesta.	Consumo frecuente de alimentos procesados	Porcentaje de personas entrevistadas que dicen consumir frecuentemente alimentos procesados en si, no, no sabe y no contesta.	Cualitativa nominal
Consumo de tabaco	*Acción de ingerir tabaco de forma habitual.*	Personas que refieran consumir tabaco de manera habitual, la	Frecuencia de consumo	Consumo: Diario Semanal Mensual Ocasional	Nominal/ ordinal

		frecuencia con la que lo ingieren, las cantidades que consumen y si al consumir lo realizan dentro o fuera de su vivienda.	Cantidad de consumo Consumo dentro de la vivienda	Número de cigarros que refiera la persona que los consume. Personas que refieran consumir tabaco dentro de la vivienda.	
Tiempo y manejo de la hipertensión arterial	Tiempo que la persona lleva de ser diagnosticada con hipertensión arterial por un médico y la observación sobre el manejo de su hipertensión mediante tratamiento conductual y medicamentoso.	Número de años que las personas refieran tengan con hipertensión arterial Personas con hipertensión arterial que manifiesten tomar o no tomar tratamiento medicamentoso para su control Institución de salud que mencione el entrevistada le otorga su tratamiento farmacológico	Tiempo con la hipertensión Tratamiento para la hipertensión arterial. Institución donde obtiene el tratamiento	Años con hipertensión arterial Valores absolutos y relativos de personas con y sin tratamiento farmacológico. Valores absolutos y relativos de las diversas instituciones de salud que otorgan tratamiento farmacológico a las personas con hipertensión arterial.	Cuantitativa discreta

Fuente: elaboración propia.

Variables para mortalidad

Tabla 8. Diabetes y sus factores de riesgo

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2	Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia >200 mg/dl, estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.[47]	Conclusión que da un médico con base a estudios y evaluaciones previas que confirman la presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 que el entrevistado refiera de las personas que habiten en la vivienda	Porcentaje de los integrantes de familia que refieran ser diagnósticados con DM 2.	Cuantitativa De razón Continua
Síntomas de Diabetes Mellitus tipo 2	Fenómeno patológico o alteración de la normalidad experimentada por la persona que es índice de enfermedad.[19]	Proporción de respuestas correctas que tiene la población sobre los síntomas de la Diabetes Mellitus tipo 2 Los síntomas son: • Orinar con mucha frecuencia • Tener mucha sed • Tener mucha hambre • Pérdida de peso • Otros (especifique) • No sabe • No responde	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem	Cuantitativa De razón Continua
Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2.	Presencia de un estado no deseado y / o inesperado en la evolución prevista.[19]	Proporción de respuestas correctas que tiene la población sobre las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 Las complicaciones son: • Retinopatía • Nefropatía • Pie diabético • Neuropatía • Cardiopatía	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem	Cuantitativa De razón Continua

		• Otros (especifique) • No sabe • No responde		
Causas de la Diabetes Mellitus tipo 2.	Aquello que se considera como fundamento u origen de algo.[19]	Proporción de respuestas correctas que tiene la población sobre las causas de la Diabetes Mellitus tipo 2 • Antecedentes de la enfermedad en los padres o abuelos • Sobrepeso u obesidad • Sedentarismo o falta de ejercicio físico • Mala alimentación • Otros (especifique) • No sabe • No responde	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem	Cuantitativa De razón Continua
Tratamiento para personas con Diabetes mellitus tipo 2	Tratamiento que tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.[19]	Ejercicio físico que el individuo diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2 realiza o no. Conjunto de alimentos específicos que consumen diariamente los individuos con Diabetes Mellitus tipo 2 Medicamentos específicos que son recetados por el médico de una institución pública o privada y que debe seguir el individuo con diabetes mellitus tipo 2	Porcentaje de personas con DM 2 que reciban tratamiento para la misma.	Cuantitativa
Antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2	Transmisión de un conjunto de caracteres patológicos para desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 que es de padres a hijos.[19]	Transmisión hereditaria por parte de padres o abuelos por la cual adquirieron antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 que el entrevistado refiera	Porcentaje de integrantes de a familia que refieran tener antecedentes heredofamiliares con DM 2.	Cualitativa dicotómica
Años de padecer Diabetes Mellitus tipo 2		Años transcurridos desde el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 al momento de la entrevista		
Ejercicio físico	Cualquier movimiento corporal	Personas que refieran realizar alguna actividad física, indicando cuánto tiempo le	Número de horas que refiera la persona realizar	Nominal

	producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye los deportes, el ejercicio y otras actividades, tales como el juego, el caminar, las tareas domésticas, la jardinería o el baile.[48]	dedican. En horas a la semana que dedica al ejercicio físico		ejercicio físico.	
Percepción de la imagen corporal	*Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste.*[49]	Selección de la silueta que mejor represente la imagen del encuestado, en un juego de nueve siluetas, en rangos que van desde muy delgada hasta extremadamente obeso.	Peso normal Sobrepeso Obesidad	Silueta con numeración 1, 2 y 3 Sobrepeso Silueta con numeración 7, 8 y 9	Intervalo

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Cirrosis y sus factores de riesgo

Variable	Definición conceptual	Definición operacional		Indicadores	Escala de medición
Cirrosis Hepática /Morbilidad	Es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas. Es un proceso que forma septos fibrosos y de nódulos de regeneración que causan la distorsión de la arquitectura y anatomía vascular normal.[50]	Presencia de Cirrosis Hepática	Personas referidas por el entrevistado que hayan sido diagnosticadas por un médico con Cirrosis hepática.	Prevalencia	Cualitativa dicotómica
		Tipo	Tipo de Cirrosis que el entrevistado refiera de la persona que la padece en la vivienda.	Prevalencia y Frecuencia	Cualitativa Politómica
		Alcoholismo	Alcoholo-nutricional=1 Por Hepatitis=2 Otra(Especifique)=3 No sabe=588 No responde=599 El entrevistado referirá si las personas que padecen Cirrosis Hepática en la vivienda toman 7 cervezas o más copas a la semana.	Porcentaje estimado de personas con Cirrosis hepática que presentan alcoholismo.	Cualitativa Dicotómica
		Trasfusiones	El entrevistado referirá si las personas que padecen Cirrosis Hepática en la vivienda recibieron trasfusiones de sangre antes de 1990.	Porcentaje estimado de personas con Cirrosis hepática que recibieron trasfusiones sanguíneas antes de 1990	Cualitativa Dicotómica
		El entrevistado referirá todas las causas que conoce para enfermar por		Porcentaje estimado de	Cualitativa Politómica

		Cirrosis hepática, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Alcoholismo=1 Hepatitis B=2 Hepatitis C=3 Hepatitis Medicamentosa=4 Otros(Especificar)=5 No sabe=588 No contestó=599		personas por cada causa que mencionan conocer.	
Información de la Cirrosis hepática.	Información con la que cuenta una persona de cierto tema específico.	Causas	El entrevistado referirá si conoce las causas para enfermar por Cirrosis hepática.	Porcentaje estimado de personas que conocen las causas de la Cirrosis hepática.	Cualitativa Dicotómica
Complicaciones	El entrevistado referirá si conoce las complicaciones para morir por Cirrosis hepática.	. El entrevistado referirá todas las complicaciones que conoce para morir por Cirrosis hepática, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Varices esofágicas=1 Ascitis=2 Síndrome hepato-renal=3 Encefalopatía hepática=4 Otros(Especificar)=5 No sabe=588 No contestó=599		Porcentaje estimado de personas que conocen las complicaciones para morir de la Cirrosis hepática.	Cualitativa Dicotómica
Información de la Hepatitis B y C	Información con la que cuenta una persona de cierto tema específico.	Causas	El entrevistado referirá si conoce las causas para enfermar por Hepatitis B o C.	Porcentaje estimado de personas que conocen las causas de la Cirrosis hepática	Cualitativa Dicotómica .
Alcoholismo			El entrevistado referirá todas las causas que conoce para enfermar por Hepatitis B o C, pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Trasfusiones de Sangre=1 Por inyección de jeringas contaminadas=2 Por inyección de	Porcentaje estimado de personas por cada causa que mencionan conocer.	Cualitativa Politómica

			drogas=3 Contagio transplacentario=4 Otros(Especificar)=5 No sabe=588 No contestó=599		
	Es el conjunto de manifestaciones físicas, cognoscitivas y del comportamiento, que incluyen la presencia de distintos síntomas tales como: tolerancia al alcohol, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales.[51]	Presencia de Alcoholismo	El entrevistado referirá si alguna de las personas de la vivienda toma 7 cervezas o más copas a la semana.	Prevalencia	Cualitativa dicotómica
		Control sobre las bebidas alcohólicas	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda puede dejar de beber cuando toma una copa.	Porcentaje estimado de personas sin control sobre las bebidas alcohólicas	Cualitativa Dicotómica
		Estado de embriaguez	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda se	Porcentaje estimado de personas que llegan al	Cualitativa Dicotómica .

			emborracha cada vez que bebe.	estado de embriaguez	
		Incremento la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda bebe cada vez más cantidad de alcohol y con más frecuencia.	Porcentaje estimado de personas que han incrementado la frecuencia y cantidad en el consumo de alcohol	Cualitativa Dicotómica .
		Deseo persistente de consumo de alcohol	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda desea continuar bebiendo a pesar de los problemas con la familia, trabajo, los amigos y accidentes.	Porcentaje estimado de personas que presentan deseo persistente de consumo de alcohol	Cualitativa Dicotómica .
		Cambios de estado anímico	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda muestra cambios del estado anímico cuando bebe.	Porcentaje estimado de personas que muestran cambios del estado anímico cuando beben	Cualitativa Dicotómica .
		Reconocimiento del problema	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda reconoce que tiene un problema de alcoholismo.	Porcentaje estimado de personas que reconocen su problema de alcoholismo	Cualitativa Dicotómica
		Daños o accidentes	El entrevistado referirá si la persona que consume alcohol de la vivienda ha sufrido o provocado daños y accidentes cuando bebe.	Porcentaje estimado de personas que han sufrido o provocado daños y accidentes por el consumo de alcohol.	Cualitativa Dicotómica

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Defunciones

Variable	Definición conceptual	Definición operacional		Indicadores	Escala de medición
Defunciones	Permite conocer las causas por lo que fallece la Población y las características de ésta al morir.	Sexo	Sexo que el entrevistado refiera de las personas que fallecieron en la vivienda el año 2012.	Porcentaje de hombres y mujeres.	Cualitativa Dicotómica
		Edad	Número de años o meses que el entrevistado refiera de las personas que fallecieron en la vivienda en el año 2012.	Media de la edad de personas que murieron por la causa que el entrevistado mencione	Cuantitativa de razón continua .
		Enfermedad o motivo de fallecimiento	Enfermedad que el entrevistado refiera causó la muerte de las personas que fallecieron en la vivienda en el año 2012. Pudiendo ubicar sus respuestas en las siguientes opciones: Diabetes mellitus=1 Hipertensión arterial=2 Cirrosis hepática=3 VIH/SIDA=4 Diarreas=5 Infecciones respiratorias=6 Otros(Especificar)=7 No sabe=588 No contestó=599	Porcentaje de personas fallecidas por cada enfermedad.	Cualitativa Politómica

		Silueta	Número de silueta que el entrevistado refiera de las personas mayores de 18 años.	Porcentaje de personas con sobrepeso que fallecieron en la vivienda en el año 2012	Cualitativa Nominal Politomica .
		Alcoholismo	El entrevistado referirá si las personas que fallecieron en la vivienda el año 2012 tomaban 7 cervezas o más copas a la semana.	Porcentaje de fallecidos con la característica de alcoholismo. Porcentaje de fallecidos con la característica de alcoholismo.	Cualitativa Dicotómica

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Nivel de información de la población acerca de VIH/SIDA

Variable	Definición conceptual	Definición operacional		Indicadores	Escala de medición
Información general sobre VIH/SIDA	Conjunto de datos sobre aspectos generales del tema VIH/SIDA	Se considera si la persona encuestada contesta correctamente los ítems: 116,117,118 y 126	Información general sobre VIH/SIDA	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem	Cualitativa Nominal
		Se considera si la persona encuestada contesta correctamente los ítems: 119,120,121,122,123 y 124	Información sobre las vías de transmisión del VIH/SIDA	Porcentaje de personas con información correcta por cada ítem	Cualitativa Nominal
			Nivel de información Nulo=0 Bajo = 1 o 2 Medio = 3 o 4 Alto = 5 o 6	Porcentaje de personas en cada nivel de información sobre transmisión del VIH/SIDA	Cualitativa Ordinal

Fuente: elaboración propia.

Variables sociodemográficas

Tabla 11. Uso de los servicios de salud

Variable	Definición conceptual	Definición operacional		Indicadores	Escala de medición
Percepción del gasto en el uso de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre el gasto en que incurre la familia cuando utiliza los servicios de salud de mayor frecuencia.	Opinión que emite la persona entrevistada sobre el gasto en transportes, comida, pagos al médico, medicamentos u otros pago cuando acude a los servicios de salud que utiliza la familia con mayor frecuencia, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta.		Porcentaje de personas entrevistadas, según opinión del gasto en que incurre cuando usa los servicios de salud, considerándose éste como: bajo, medio, elevado, no aplica, no sabe o no contesta	Cualitativa Ordinal
Acceso a servicios de salud	Servicios de Salud constituyen servicios institucionales que contribuyen a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud. Abarca tanto a las proporciones de la población beneficiada por los servicios de salud como a los requerimientos específicos que plantean las características sociodemográficas de los distintos grupos sociales	Con derecho a servicio médico en alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Marina) Seguridad pública (Seguro popular) o asiste a algún centro de salud o institución privada. Sin derecho a servicio médico, es la imposibilidad para acceder a algún servicio de salud.		Porcentaje de personas entrevistadas con posibilidad de acceso a los distintos servicios de salud.	Cualitativa Nominal
Percepción de la calidad de los servicios de salud	Percepción que tiene la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios salud que recibe para su atención.	Consulta medica	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de consulta médica que utiliza la familia con mayor	Porcentaje de personas entrevistadas según la opinión de la calidad de los servicios de salud a los que acuden con mayor frecuencia	Cuantitativa ordinal

			frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta	en buena, regular y mala.	
		Consulta especializada	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de consulta especializada que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta.		
		Hospitali-zación	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de hospitalización que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
		Estudios de laboratori o	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de laboratorio que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares, malos, no aplica y no sabe/ no contesta.		
		Radiogra-	Opinión que emite		

		fías Vacunas	la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de radiografías que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta. Opinión que emite la persona entrevistada sobre la calidad de los servicios de vacunación que utiliza la familia con mayor frecuencia y puede ser: Buenos, regulares , malos, no aplica y no sabe/ no contesta		
Uso habitual de los servicios de salud	Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y personal que forman parte del sector salud cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población.[52]	Frecuencia con la que los pacientes y/o población acuden a los servicios de salud, para prevención, curación, cuidado y rehabilitación. Médico especialista Hospitalización Estudios de laboratorio Radiografías Vacunas		Porcentaje de las unidades de salud a las que acuden frencuentemente.	Cualitativa nominal
Información proporcionada por la unidad de salud	Conjunto de datos sobre diferentes temas proporcionados a la población por la unidad de salud a la que acuden.	Se considera si la persona encuestada contesta afirmativamente haber recibido información sobre alguno (s) de los siguientes temas: Diabetes mellitus o azúcar. Hipertensión arterial o presión alta. Cirrosis hepática.		Porcentaje de personas que respondan afirmativamente haber recibido información sobre los temas mencionados.	Cualitativa nominal

		VIH/SIDA. Enfermedad diarreica aguda. Infecciones respiratorias agudas. Lactancia materna. Otra (especifique).		

Fuente: elaboración propia.

Variables sociológicas y económicas

Tabla 12. Condiciones de la vivienda

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Tipo de material con el que está elaborado el piso de la vivienda	Clasificación de las viviendas particulares según el elemento predominante en los pisos.[53]	El tipo de material con el que está elaborado principalmente el piso de la vivienda de que refiera el encuestado mayor de 18 años mediante interrogatorio directo u observación. Se categorizará en: 1.Tierra 2.Cemento o firme 3.Mosaico, granito o mármol 4.Madera u otros recubrimientos 5.Otro. Especifique	Porcentaje del tipo de material con el que está elaborado el piso de la vivienda	Cualitativa nominal politómica
Techo de la vivienda	Material predominante en el techo de la vivienda.[31]	Tipo de material con el que se encuentra realizado el techo de la vivienda y se obtendrá por medio de la entrevista realizada a los participantes. Y se categorizará en: Material de desecho o reciclado Lámina de cartón Lámina de asbesto o metálica 4. Palma o madera 5. Teja 6. Concreto, tabique, ladrillo o cerrado con viguería	Porcentaje de cada una de las categorías de material del techo de la vivienda	Cualitativa Nominal Politómica

		7. Otro. Especifique		
Material de pared o muro	Material predominante en las paredes de la vivienda.[31]	Tipo de material con el que se encuentra realizado las paredes y de la vivienda y se obtendrá por medio de la entrevista realizada a los participantes. Y se categorizará en: 1. ladrillo, block o concreto 2. material de desecho o reciclado 3. lámina de cartón 4. Lámina de asbesto o metálica 5. Carrizo, bambú o palma 6. Embarro o bajareque 7. Madera 8. Otro. Especifique	Porcentaje de cada una de las categorías de material de las paredes de la vivienda	Cualitativa Nominal Politómica
Tipos de disponibilidad del agua	Clasificación de las viviendas particulares según la forma en que los ocupantes se abastecen de agua para consumo personal y doméstico.[31]	Forma en que se abastece de agua para consumo y uso doméstico en la vivienda que refiera el encuestado y se obtendrá la información por interrogatorio u observación. Se categorizará en: 1. De la llave dentro de la vivienda 2. De la llave fuera de la vivienda 3. De pipa 4. De un pozo, río, lago, arroyo u otra 5. De manantial	Porcentaje del tipo de disponibilidad de agua de la vivienda	Cualitativa nominal politómica
Tratamiento de agua de consumo	La desinfección o tratamiento del agua puede llevarse a efecto por diferentes procesos: (1) con agentes químicos; (2) con medios físicos.	Tratamiento que se le da al agua antes de ser ingerida que refiera el entrevistado. De acuerdo a las siguiente se categorizará en: 1. La toman tal y como la obtienen 2. la hierven 3. le ponen cloro 4. la filtran	Porcentaje que se reporta del tratamiento de agua en las distintas categorías.	Cualitativa nominal politómica

		5. compran agua embotellada o en garrafones 6. le agregan gotas desinfectantes 588 No sabe 599 No contesta		
Cocina	Cuarto de la vivienda que se utiliza para preparar o calentar los alimentos, independientemente de que tenga otros usos.	Una vivienda tiene cocina cuando allí se pueden preparar los alimentos, sin importar si el cuarto para prepararlos también se utiliza como dormitorio, sala, comedor, u otro. De acuerdo con las respuestas de los encuestados, éstas podrán ubicarse en dos categorías. Categorías: • Con cocina • Sin cocina	Porcentaje de las viviendas que cuentan con una habitación donde se preparan o calientan alimentos independientemente de que tenga otros usos	Cualitativa, nominal. Dicotómica
Número de cuartos	Cuarto de la vivienda que se utiliza para dormir, independientemente de que también se realicen otras actividades.[31]	Número de cuartos que refiera el encuestado que utilizan en la vivienda para dormir.	Frecuencia absoluta Media	Cuantitativa Discreta
Presencia de drenaje	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas utilizadas.[31]	Se interrogará a las personas de la vivienda si cuentan o no con drenaje, para clasificar posteriormente el tipo de drenaje con el que cuenta. Categorías • Si cuenta con drenaje la vivienda • No cuenta con drenaje la vivienda	Porcentaje de viviendas que cuentan con drenaje	Cualitativa nominal dicotómica

Conexión de drenaje	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las guas utilizadas.[31]	Sistema de drenaje de la vivienda que refiera el entrevistado con las categorías: • Al drenaje público • A la calle o cielo abierto • A una fosa séptica • A un río, lago o barranca • Otro (especifique)	Porcentaje de cada una de las categorías del tipo de conexión de drenaje.	Cualitativa nominal politómica
Disponibilidad de tasa, excusado o sanitario	Distinción de las viviendas particulares según la existencia de una instalación sanitaria para el desalajo de los desechos humanos.[31]	La instalación sanitaria en la vivienda que refiera el entrevistado para el desalojo de los desechos humanos y se obtendrá la información por interrogatorio. Se categorizará en: 1. Sí 2. No	Porcentaje de viviendas con tasa, excusado o tasa	Cualitativa nominal dicotómica
Conexión de agua del servicio sanitario.	Capacidad de la instalación sanitaria para recibir normalmente agua con descarga directa de un depósito (conexión de agua), o en forma manual, con la finalidad de eliminar los desechos.[31]	Es la vivienda que cuenta con instalación sanitaria con conexión de agua que refiera el encuestado. Se obtendrá la información por interrogatorio u observación. Se categorizará en: 1. Sí 2. No	Porcentaje de viviendas con conexión de agua del servicio sanitario	Cualitativa nominal dicotómica
Tipo de desagüe de la instalación sanitaria de la vivienda.	Disponibilidad de un sistema de drenaje para desalojar de la vivienda los desechos humanos y las aguas	El tipo de drenaje o desagüe con el que cuenta la vivienda se obtendrá por interrogatorio y se categorizará en: 1. al drenaje público 2. a fosa séptica	Porcentaje de viviendas con desagüe de drenaje público	Cualitativa Nominal politómica

	utilizadas.[31]	3.letrina con desagüe 4.otro (especifique)		
Uso de sanitario	Uso compartido de la instalación sanitaria con los habitantes de otra vivienda.[31]	Es el uso exclusivo del sanitario, tasa o excusado que refiera el entrevistado. La categorías son: 1. Sí 2. No	Porcentaje de las viviendas con uso exclusivo de sanitario para los habitantes.	Cualitativa nominal dicotómica
Disponibilidad de luz eléctrica	Distinción de las viviendas particulares según la existencia de luz eléctrica, independientemente de la fuente de que provenga[31]	Es la vivienda que refiera el encuestado que cuente con servicio de energía eléctrica sin importar la fuente de donde provenga. Categoría: 1. Sí 2. No	Porcentaje de viviendas con energía eléctrica	Cualitativa nominal dicotómica
Uso de combustible para cocinar	Cualquier material capaz de liberar energía cuando se oxida esto con el fin de preparar o calentar alimentos en la vivienda.[31]	Combustible más utilizado para preparar o calentar alimentos en la vivienda. Categorías • Gas • Leña • Carbón • Otro: especificar	Porcentaje de viviendas que utilizan algún combustible para cocinar o calentar alimentos	Cualitativa nominal politómica
Depósito de basura de la vivienda	Formas de eliminar la basura de la vivienda.[31]	De acuerdo a las formas de que las personas depositan la basura de la vivienda, esta se puede categorizar como: • En bolsa • Bote con tapa • Bote sin tapa • En bolsa colocada dentro de un bote tapado • Al aire libre • Otro: especificar	Porcentaje de viviendas de acuerdo a la forma de depósito de la basura	Cualitativa nominal politómica
Lugar de almacenamie	Formas de almacenamiento	De acuerdo a las formas de que las personas almacenan	Porcentaje de viviendas de	Cualitativa nominal

nto de la basura	de la basura de la vivienda.	la basura de la vivienda, esta se puede categorizar como: • Dentro de la vivienda • Fuera de la vivienda • Otro: (especificar)	acuerdo al almacenamiento de la basura	politómica
Destino de la basura	Formas de eliminar la basura de la vivienda.[31]	Es la forma de eliminación de la basura que refiera el encuestado y se categorizará en: • se recolecta por el servicio de limpia pública • se quema • se entierra • otros (especificar)	Porcentaje de viviendas de acuerdo al destino de la basura.	Cualitativa nominal politómica

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Variables socioeconómicas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Condición de alfabetismo	Proceso mediante el cual una persona puede aprender a leer y a escribir, dos actividades o funciones que le permitirán comunicarse con el resto de los seres humanos a un nivel más profundo y abstracto.	Condición de alfabetismo, situación que distingue a la población de 14 años o más según declara saber leer y escribir un recado.	Porcentaje de personas alfabetas y analfabetas.	Cualitativa Nominal
	Estudio más alto aprobado por la población de 14 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional.	Personas de 14 años y más, que registren el grado escolar concluido. Los niveles son: primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado.		

<table>
<tr>
<td>Condición de actividad económica</td>
<td>Situación que distingue a la población de 14 años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica, en la semana anterior a la aplicación del cuestionario.</td>
<td>Personas de 14 años y más, de las que se haya declarado que realizan alguna actividad económica, buscaron empleo, o que se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías para población económicamente no activa: estudiante, quehaceres del hogar, jubilado / pensionado, incapacitado permanentemente para trabajar o no trabaja.</td>
<td>Porcentaje de personas de 14 años o más cuya condición de actividad económica es: trabaja, tenía trabajo pero no trabajó, buscó trabajo, es estudiante, se dedica a los quehaceres de su hogar, es jubilado/pensionado, está incapacitado permanentemente, no trabaja.</td>
<td>Cualitativa Nominal</td>
</tr>
<tr>
<td>Nivel de Vida</td>
<td>Disponibilidad de bienes materiales e instalaciones en la vivienda que proporcionan comodidad, acceso a algunos medios masivos de comunicación o facilitan las tareas domésticas.
Nivel de vida familiar bajo: Que refleje ingresos (de 0 a 10 puntos) en relación a los bienes materiales que poseen.
Nivel de vida familiar medio: Que refleje ingresos (de 11 a 28 puntos) en relación a los bienes materiales que poseen.
Nivel de vida familiar alto: Que refleje ingresos (de 29 a 55</td>
<td>Se medirá a través de un índice ponderado de acuerdo a los siguientes valores:
<table>
<tr><th>Bien</th><th>Puntos</th></tr>
<tr><td>Licuadora</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Radio o radiograbadora</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Televisor</td><td>3</td></tr>
<tr><td>Reproductor de DVD o blu-ray</td><td>4</td></tr>
<tr><td>Calentador de agua</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Refrigerador</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Teléfono fijo</td><td>7</td></tr>
<tr><td>Lavadora</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Computadora</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Automóvil o camioneta</td><td>10</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ponderación</td></tr>
<tr><td>Bajo</td><td>0 a 10</td></tr>
<tr><td>Medio</td><td>11 a 28</td></tr>
<tr><td>Alto</td><td>29 a 55</td></tr>
</table></td>
<td>Porcentaje de la población con nivel económico familiar bajo</td>
<td>Cualitativa ordinal</td>
</tr>
</table>

Fuente: elaboración propia.

3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

La recolección de la información fue hecha a través de un cuestionario de preguntas cerradas, considerando que este instrumento resulta de gran utilidad cuando se trabaja con muestras grandes y se dispone de tiempo reducido.

Se realizó un cuestionario grupal único con 133 preguntas, dividido en diferentes secciones con la finalidad de facilitar el análisis de datos arrojados en cada una de estas áreas, a continuación se enumeran y describen brevemente estas secciones:

I. Ficha de identificación. Este apartado recopila la información referente a la ubicación, incluyendo tipo de localidad en la que viven los usuarios, así como lugar donde acuden a recibir atención médica.

II. Uso de los servicios de salud. Asistencia a atención médica, calidad de servicios y gastos.

III. Características demográficas. Que recopila información acerca del número de integrantes de la vivienda y sus nombres, recién nacidos, de igual manera características del encuestado y su familia tales como jefe de familia y parentescos, servicios de seguridad social que tienen y que utilizan con mayor frecuencia.

IV. Características de la población de 14 años o más. Este apartado tiene la finalidad de recopilar información de toda la población económicamente activa que asiste a la Unidad, informándonos sobre sus grados de estudio, analfabetismo, su ocupación, adicciones (tabaquismo y alcoholismo), tiempo destinado para realizar ejercicio, y percepción acerca de obesidad o sobrepeso.

V. Características de la población de 5 años o menos. Debido a que esta población es vulnerable a padecer enfermedades transmisibles, la finalidad de este apartado es conocer los factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas (IRAs) y enfermedades diarreicas agudas (EDAs) a los cuales puede encontrarse expuesto este grupo susceptible, por lo que se indagó acerca de la duración de la lactancia materna exclusiva, presencia de gripa, tos o diarrea en los

últimos 30 días, peso al nacimiento, así como hábitos de higiene y cuidados por parte del responsable del menor de 5 años.

VI. Personas diabéticas. A través de este apartado se determinan a las personas con diabetes que habitan la vivienda, así como el tiempo de evolución del padecimiento, el apego al tratamiento y servicio de salud donde lo recibe, además de la presencia de complicaciones de la enfermedad.

VII. Personas con hipertensión arterial. A través de este apartado se determinan a las personas con hipertensión arterial que habitan en la vivienda, el tiempo de evolución de padecer la enfermedad, el apego al tratamiento y servicio de salud donde lo recibe, así como la presencia o ausencia de enfermedades asociadas como colesterol elevado o diabetes.

VIII. Personas con cirrosis hepática. Este apartado permite conocer a las personas con dicho padecimiento que habitan la vivienda, el tipo de cirrosis y el tipo de servicio de salud en donde se trata, así como los factores de riesgo para esta enfermedad, tales como alcoholismo y transfusiones sanguíneas.

IX. Defunciones. Este apartado permite conocer las defunciones ocurridas durante el periodo comprendido entre enero-diciembre de 2012, sexo del fallecido, edad del fallecido, motivo de la defunción y si la persona fumaba o bebía al momento de su muerte.

X. Características de la vivienda. Incluye el tipo de materiales con los que están construidas las viviendas de los habitantes de los usuarios de la unidad, servicios públicos que disponen como drenaje y luz eléctrica, espacio para cocinar, número de habitaciones en las que duermen, manejo de la basura generada en el hogar, tratamiento de frutas y verduras antes de comerlas, insumos como los que cuenta la vivienda como radio, tv, lavadora, etc.

XI. Información de la persona entrevistada. Para conocer si la persona tiene factores de riesgo para padecer hipertensión arterial, consumo de vitaminas, higiene personal, conocimiento acerca de los siguientes temas de salud: diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática, hepatitis B o C, VIH/SIDA. Conocer si la persona

entrevistada ha sido informada en la unidad de salud a la que acude con mayor frecuencia sobre los siguientes temas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cirrosis hepática, VIH/SIDA, enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, ya que a excepción de la lactancia materna fueron los daños a la salud que se priorizaron.

Anexo: Se incluyó en el cuestionario un apéndice para recolectar datos acerca de lactancia materna, ya que la UVISA pretende crear un club con esta temática y es indispensable conocer las prácticas de lactancia que lleva a cabo la población usuaria. En este se contempló el tiempo de lactancia, las creencias acerca del tiempo adecuado de la lactancia materna exclusiva y la ablactación, así como creencias y percepciones de las madres acerca de los beneficios que brinda la lactancia materna tanto a ellas como a sus bebés.

3.5 Elaboración y prueba de los instrumentos de recolección de la información

El cuestionario se estructuró con 133 preguntas, de las cuales 130 fueron preguntas cerradas de opción múltiple, y 3 preguntas abiertas. El cuestionario consta de once secciones y un anexo especial para lactancia materna. Las preguntas fueron diseñadas y planteadas por los seis equipos de trabajo de los alumnos de la Maestría en Salud Pública.

Se realizó una prueba piloto en personas con características similares a la población de la UVISA pero que no fueran usuarias de la unidad, por lo que fue aplicado en el parque Los Lagos y el parque Los Tecajetes, de la ciudad de Xalapa, Ver; lugares a donde las personas habitualmente acuden a realizar ejercicio físico, lo que representa a una población similar a la del estudio.

El instrumento fue aplicado a 10 personas, se tomó el tiempo de levantamiento, se identificó la coherencia en el planteamiento y desarrollo de las preguntas y respuestas, que posteriormente fueron incorporadas para la mejora del instrumento, reorganización de las secciones y modificación del formato para su impresión final.

El tiempo de levantamiento de la información de la prueba piloto fue en el periodo del 26 al 27 de octubre del 2013.

3.6 Definición de los mecanismos para la recolección, el procesamiento y el análisis de la información

Se diseñó y elaboró una interfaz para la captura de los datos en Excel, estructurada con base en el instrumento de recolección de información. Para la base de datos se elaboraron cuatro hojas de Excel con los siguientes apartados: familia, individuos, defunciones y lactancia materna; posteriormente se capturó la información de los cuestionarios.

Para el análisis de la información, los datos fueron exportados al programa de análisis estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0, en donde se realizó la captura de la codificación de cada variable.

Para el análisis se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas como la distribución de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y gráficos de pastel y de barras; así como medidas de asociación para obtener los riesgos, mediante la razón de momios (OR).

4. Ejecución del diagnóstico de salud

4.1 Recolección y procesamiento de la información

La recolección de la información (aplicación del cuestionario) se llevó a cabo en la UVISA. Para el procesamiento de la información se ocupó la base de datos elaborada previamente.

4.1.1 Descripción de la recolección de la información

La recolección de la información (aplicación del cuestionario) se llevó a cabo los días 31 de octubre, 5 y 6 de noviembre del 2013, en la UVISA, con un horario de aplicación de 08:00 am a 1:00 pm. Fue aplicada por los cinco integrantes del equipo de la sede UVISA. La aplicación fue hecha de manera individual. En promedio cada integrante del equipo hizo 17 encuestas en los tres días que duró la aplicación del instrumento.

Para proceder a encuestar, primeramente se informaba a la persona acerca del cuestionario y su objetivo, se le preguntaba si quería participar, si la persona aceptaba se le informaba también acerca del manejo que se le daría a la información proporcionada por ella y la confidencialidad de sus datos. Se procedía a realizar la encuesta en un promedio de 30 a 45 minutos. Al finalizar se le agradecía a la persona su colaboración.

4.1.2 Descripción del procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se procedió a foliar todos los cuestionarios aplicados, y se llenó la base de datos en Excel que fue elaborada previamente. El promedio de tiempo empleado en vaciar los datos de cada cuestionario en la base de datos fue de 40 a 50 minutos.

4.2 Resultados del diagnóstico de salud

Como ya se había comentado en el marco referencial, la Unidad de Vida Saludable (UVISA) se ubica en la Av. Orizaba No. 27, Col. Obrero Campesina, Fraccionamiento Veracruz, en la Ciudad de Xalapa, Veracruz.

UVISA atiende a los 16 núcleos básicos del centro de salud José A. Maraboto que pertenecen a la jurisdicción sanitaria número V. Así como a la población abierta

(sin seguridad social) referida por otros centros de salud o que llegan por si mismos a la unidad.

Se obtuvo una muestra de 85 usuarios de la UVISA, a los cuales se les preguntó acerca de los habitantes de su vivienda llegando a un total de 386 individuos. De los cuales el 57% de los individuos son mujeres y los 43% restantes son hombres. En la tabla 11 se observa la distribución de los individuos de acuerdo al sexo.

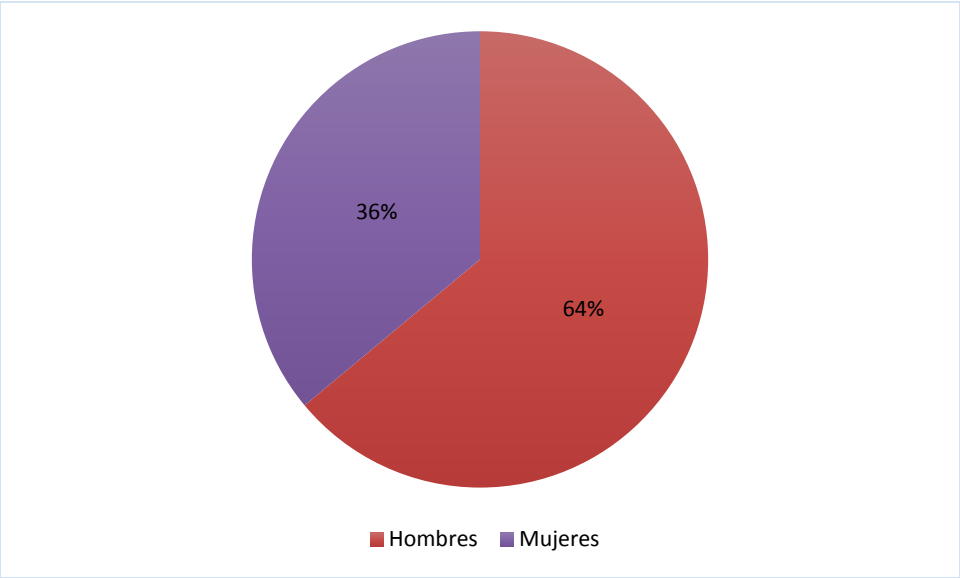
Tabla 14. Distribución de la población por sexo, de la población de la UVISA en Xalapa Ver. 2013

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	166	43.0
Mujer	220	57.0
Total	386	100.0

Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Respecto a los jefes de familia, hubo un total de 86 jefes de familia, considerando que en algún hogar nos refiereron que existían dos jefes; de estos, el 64% fueron hombres y el 36% mujeres.

Figura 1. Distribución porcentual de los jefes de familia de acuerdo al sexo; UVISA, 2013.



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

De acuerdo a los datos arrojados en la previa encuesta elaborada a las personas que acuden a UVISA, 67 personas encuestadas muestran como parentesco estar casadas con el jefe de familia, lo que representa el 17% del total de individuos.

Todos los informantes especificaron las edades de los integrantes de su familia. Los cuales se encuentran distribuidos como se muestra en la tabla 15. Los grupos etarios que presentan la mayor frecuencia es el de 15 a 19 años, predominando las mujeres con un 13.6% y los hombres con un 12% respectivamente.

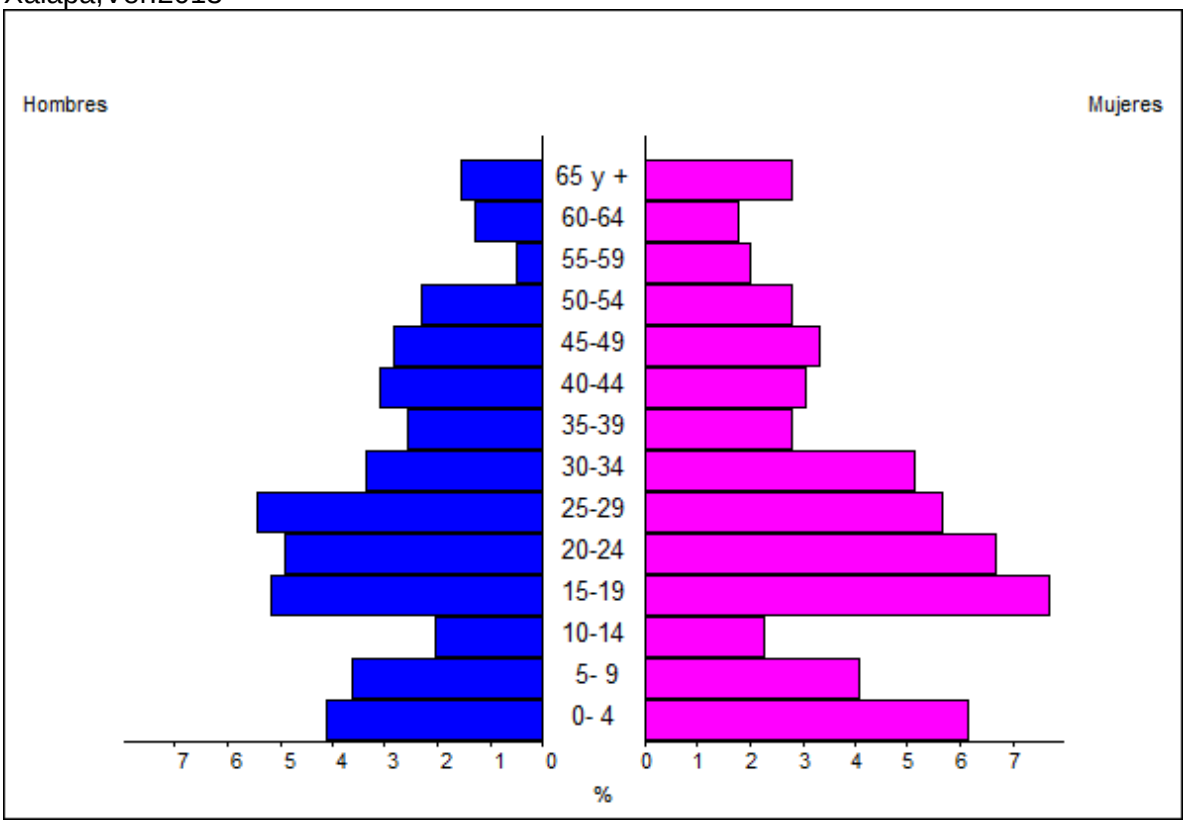
Tabla 15. Distribucion porcentual por sexo y grupos etarios de las familias de las usuarias de la UVISA en Xalapa,Ver. 2013

Grupo etario (años)	Hombres	% Hombres	Mujeres	%Mujeres	Total
0-4	16	9.6	24	10.9	40
5-9	14	8.4	16	7.3	30
10-14	8	4.8	9	4.1	17
15-19	20	12.1	30	13.6	50
20-24	19	11.4	26	11.8	45
25-29	21	12.7	22	10.0	43
30-34	13	7.8	20	9.1	33
35-39	10	6.1	11	5.0	21
40-44	12	7.2	12	5.5	24
45-49	11	6.6	13	5.9	24
50-54	9	5.4	11	5.0	20
55-59	2	1.2	8	3.6	10
60-64	5	3.1	7	3.2	12
65 y más	6	3.6	11	5.0	17
Total	166	100	220	100	

Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

La pirámide poblacional construida con base a la informacion se muestra en la figura 2 donde se puede observar que tiene una forma progresiva ya que los grupos de las edades extremas se encuentran disminuidos con respectos a los de la edad de 15 a 29 años que es la edad en donde se encuentra el mayor número de individuos.

Figura 2 .Piramide poblacional de las familias de las usuarias de la UVISA en Xalapa,Ver.2013



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

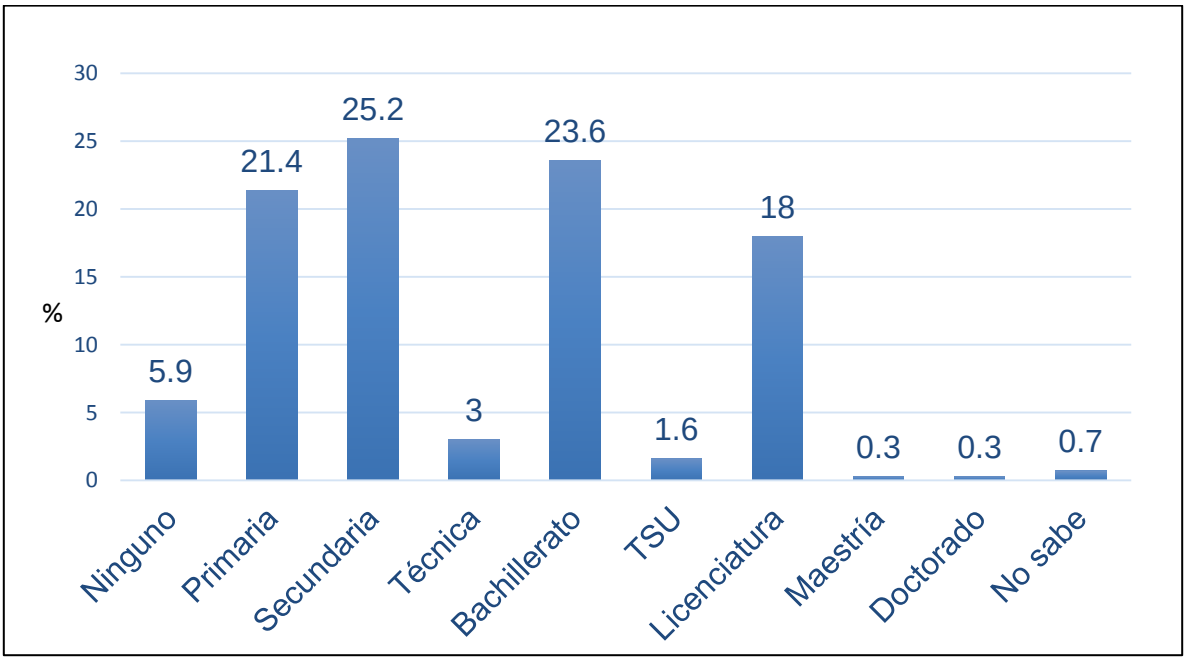
Para indagar sobre el nivel de escolaridad de la población de la UVISA, sólo se consideró a los mayores de 14 años; los resultados encontrados se detallan en la tabla 16; se encontró que la mayoría de la población tienen nivel de estudios de secundaria con un 25% del total, en segundo lugar lo ocupa el nivel de bachillerato con un 24% y en tercer lugar el nivel de estudios es el de primaria con un 21%.

Tabla 16. Distribución por nivel de estudios completos, de las familias de las usuarias de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Nivel de estudios	Frecuencia	%
Ninguno	18	5.9
Primaria	65	21.3
Secundaria	77	25.2
Carrera técnica o comercial (después de secundaria)	9	3.0
Bachillerato	72	23.6
Carrera técnica o comercial (después de preparatoria)	5	1.6
Titulado de licenciatura	55	18.0
Titulado de Maestría	1	.3
Titulado de Doctorado	1	.3
No sabe	2	.7
Total	305	100.0

Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

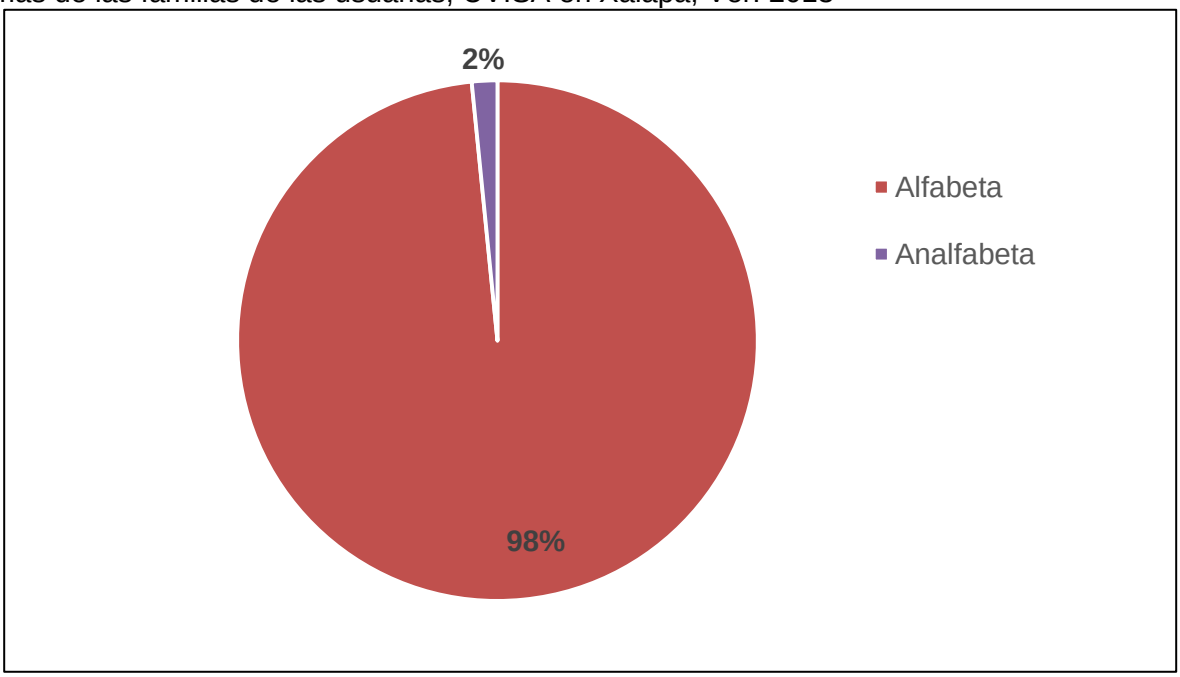
Figura 3. Distribución porcentual de la escolaridad de las familias de las usuarias de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Con la aplicación del instrumento a los usuarios de UVISA, se midieron indicadores socioeconómicos, como la condición de alfabetismo. Para este indicador se consideró solo a la población de 14 años y más que declare saber leer y escribir un recado. Se encontró que sólo el 2% de la población de la UVISA son analfabetas (figura 4).

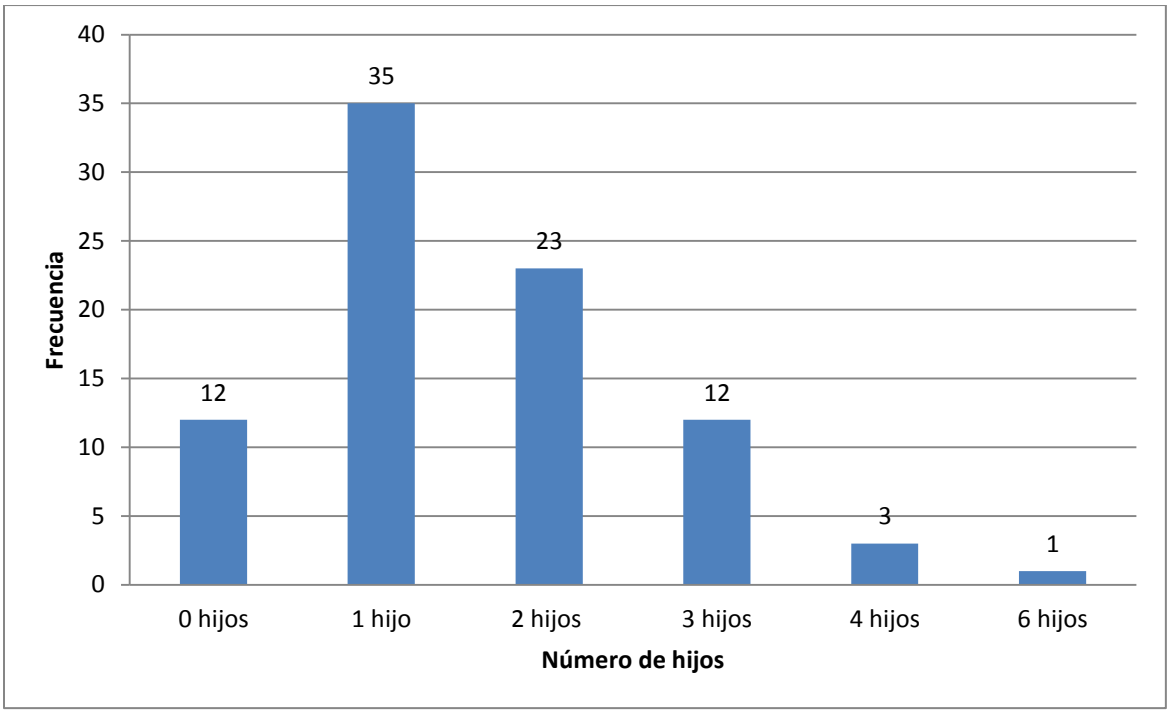
Figura 4. Distribución porcentual por condición de alfabetismo de las personas de 14 años y más de las familias de las usuarias; UVISA en Xalapa, Ver. 2013



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

En la encuesta aplicada a los usuarios de UVISA se indagó el número de hijos que tienen por familia, obteniendo la frecuencia del total de las 85 usuarias entrevistadas, en donde existió un promedio de 1.5 hijos por familia.

Figura 5. Distribución del número de hijos por familia, UVISA, 2013.



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Para conocer la ocupación de la población encuestada y sus familiares, sólo se consideró a las personas mayores de catorce años como población económicamente activa. La tabla 14 muestra a detalle los resultados obtenidos de esta variable. El total de la población considerada fue de 306 individuos.

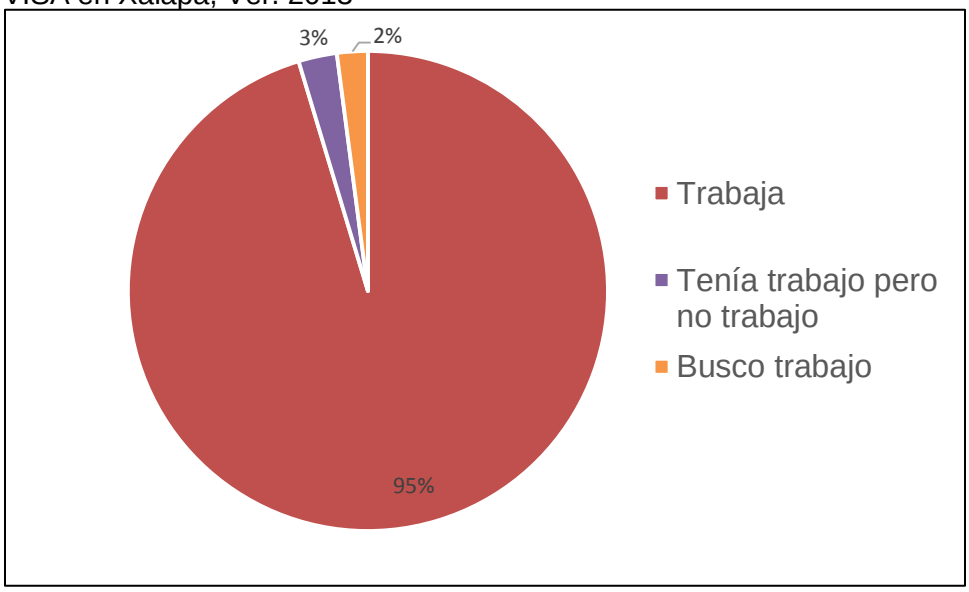
Para clasificar a los 306 individuos por condición de actividad económica se dividieron en categorías: población económicamente activa (PEA) y población económicamente inactiva (PEI). La PEA representó el 63% (193 individuos), de los cuales el 60% se encontraba trabajando en el momento de la realización de la encuesta. Las personas que se encontraron dentro de la PEI representó en 37% restante (113 individuos) de los cuales el 19% se dedica a quehaceres del hogar y el 12% son estudiantes. La tabla 17 y las figuras 6 y 7 muestran cómo se distribuye la PEA y la PEI.

Tabla 17. Distribución por ocupación de las personas de 14 años y más de las familias de las usuarias de la UVISA, en Xalapa, Ver. 2013

Tipo de población	Ocupación	Frecuencia	%
Población económicamente activa (PEA)	Trabaja	184	60.1
	Tenía trabajo pero no trabajo	5	1.6
	Busco trabajo	4	1.3
Población económicamente inactiva (PEI)	Es estudiante	37	12.1
	Se dedica a quehaceres del hogar	60	19.6
	Jubilado o pensionado	6	2.0
	Incapacitado permanentemente para trabajar	2	.7
	No trabaja	8	2.6
	Total	306	100

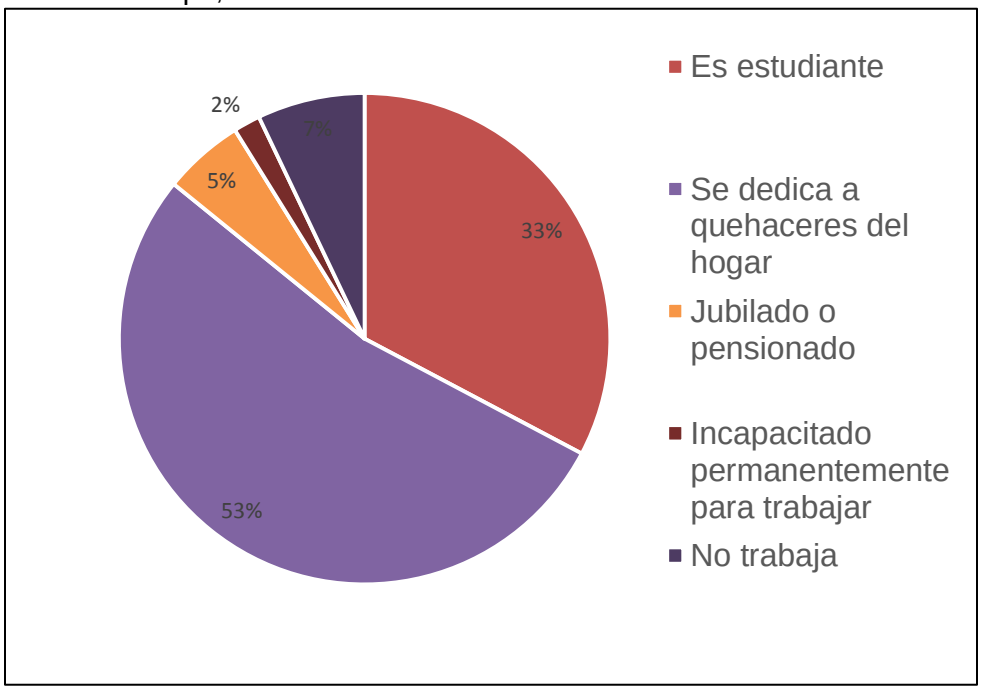
Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Figura 6. Distribución porcentual por ocupación en la PEA de la población de 14 años y más de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Figura 7. Distribución porcentual por ocupación en la PEI de la población de 14 años y más de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

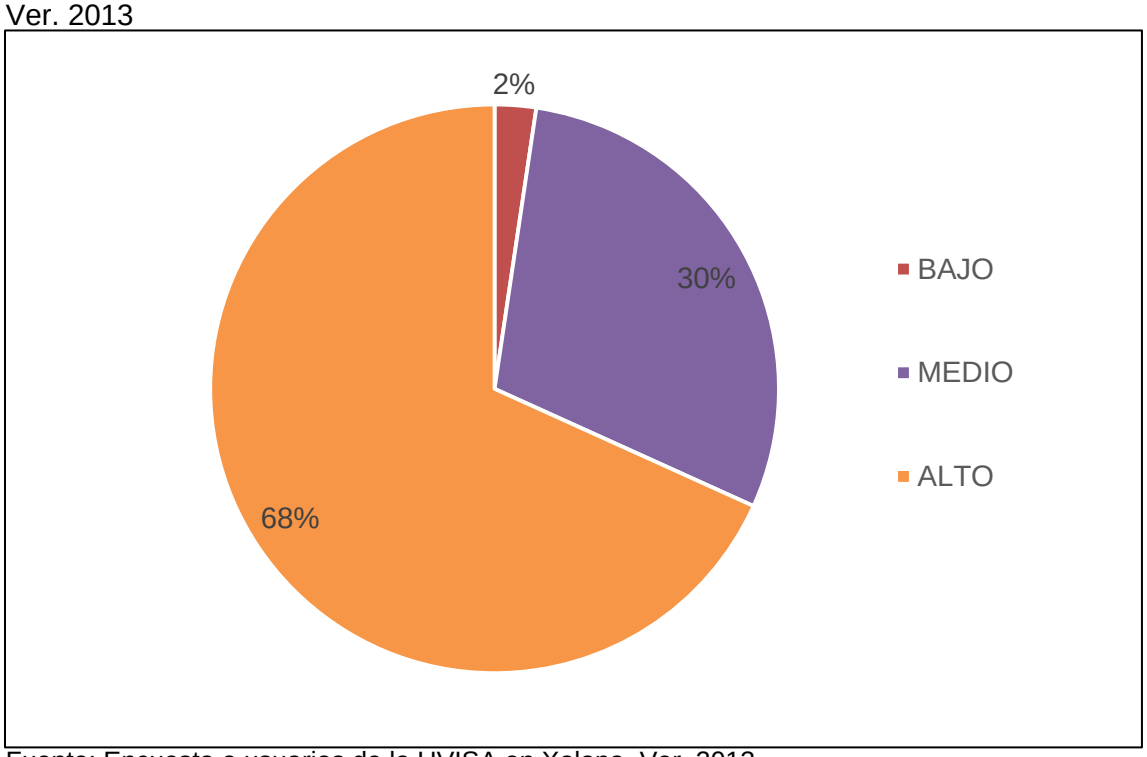
El nivel de vida se calculó mediante un puntaje asignado a los bienes materiales que poseen las familias y que discriminaba a las familias en nivel bajo, medio y alto; de las 85 familias encuestadas el 68% de las familias tienen un nivel de vida alto, el 29% un nivel medio y el 2% corresponde a un nivel bajo. Los datos se describen en la tabla 18. La distribución porcentual se muestra en la figura 8.

Tabla 18. Distribución por nivel de vida de las familias de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Nivel de vida	Frecuencia	%
Bajo	2	2.4
Medio	25	29.4
Alto	58	68.2
Total	85	100.0

Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Figura 8. Distribución porcentual por nivel de vida de las familias de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

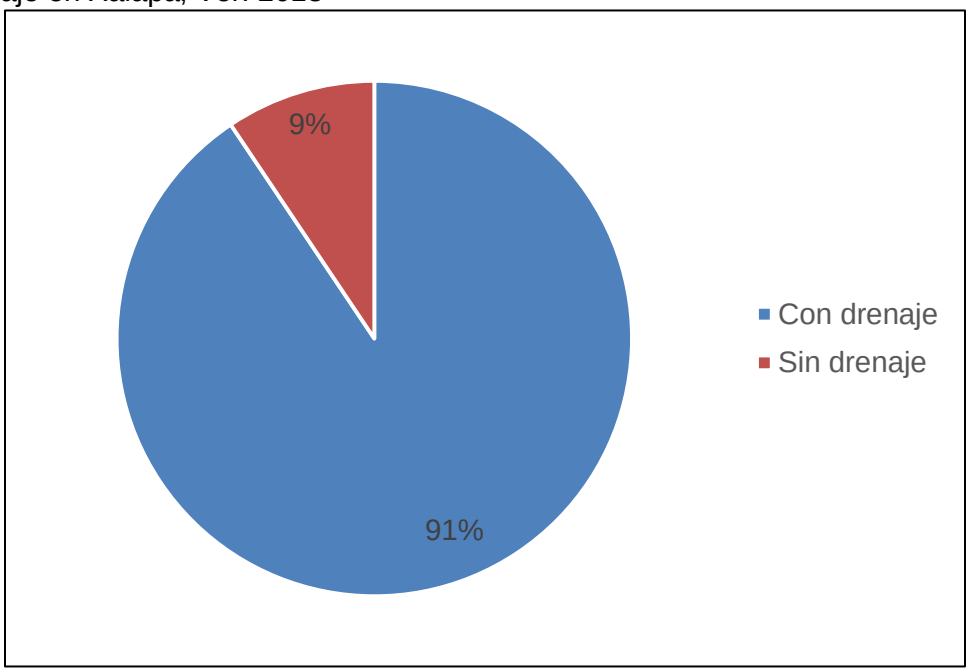
Otro indicador socioeconómico es el porcentaje de viviendas particulares que no tienen drenaje. Se obtuvo como resultado que de las 85 viviendas reportadas en el estudio solo 9% no contaba con servicio de drenaje público (tabla 19).

Tabla 19. Distribución de familias de la UVISA que habitan en viviendas con o sin drenaje en Xalapa, Ver. 2013

Drenaje	Frecuencia	%
Con drenaje	77	90.6
Sin drenaje	8	9.4
Total	85	100.0

Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Figura 9. Distribución porcentual de familias de la UVISA que habitan en viviendas con o sin drenaje en Xalapa, Ver. 2013



Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

El porcentaje de viviendas particulares que no cuentan con luz eléctrica forma parte también de los indicadores socioeconómicos; sin embargo el porcentaje de viviendas que no contaban con el servicio fue de 0%, ya que todas las familias reportaron tener luz eléctrica en su domicilio. Con respecto al servicio de agua potable el 100% de las familias reportó que en su vivienda cuenta con el servicio.

A las familias encuestadas se les preguntó acerca del material del piso de la vivienda, material de las paredes y material del techo. De las 85 viviendas reportadas se encontró que el 49% tienen piso de mosaico, granito o mármol y el 47% tiene piso de cemento o firme. Solo el 1% de las familias reportó que su vivienda tiene piso de tierra. Los datos se pueden ver en la tabla 20.

Tabla 20. Distribución por tipo de material del piso de las vivienda reportadas por la población de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Material del piso	Frecuencia	%
Tierra	1	1.2
Cemento firme	40	47.1
Mosaico, granito o mármol	42	49.4
Madera u otros recubrimientos	2	2.4
Total	85	100

Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Se encontró también que el 82% de las viviendas reportadas tienen techo de concreto y el 18% restante cuenta con techo de lámina de asbesto o metálica, como se describen en la tabla 21.

Tabla 21. Distribución por tipo de material del techo de las viviendas reportadas por la población de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Tipo de material del techo	Frecuencia	%
Lamina de asbesto o metálica	15	17.6
Concreto tabique, ladrillo o cerrado con viguería	70	82.4
Total	85	100

Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Del total de 85 viviendas reportadas en la muestra el 100% de ellas tiene muros de ladrillo o concreto.

También se calculó el porcentaje de viviendas que presentaban hacinamiento, como resultado se encontró que el 45% de las viviendas presentan hacinamiento. En la tabla 22 se muestran los datos detallados

Tabla 22. Distribución de las viviendas por condición de hacinamiento, de la población de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Hacinamiento	Frecuencia	%
Con hacinamiento	38	44.8
Sin hacinamiento	47	55.2
Total	85	100.0

Fuente: Encuesta a usuarios de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

4.2.3 Daños a la salud: Priorización

En cuando a la priorización documental de los daños, las enfermedades priorizadas con base en la morbilidad fueron: Infecciones respiratorias agudas (IRAs), enfermedades diarreicas agudas (EDAs) e hipertensión arterial. Las enfermedades prioritarias con base en la mortalidad fueron: diabetes mellitus tipo 2, VIH/SIDA y la cirrosis hepática; dicho proceso de priorización se explica a mayor detalle en el marco empírico. A continuación se presentan los daños a la salud detectados mediante la encuesta en la UVISA.

4.2.4 Daños a la salud (de encuesta)

Los principales daños a la salud detectados por su frecuencia en la población de la UVISA fueron las infecciones respiratorias agudas (IRAs), la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial (HTA) (tabla 23)

De los 386 individuos, 57 presentaron una infección respiratoria aguda en los 30 días previos a la aplicación de la encuesta, por lo que se reporta una incidencia acumulada de 14.8 casos por cada 100 individuos. De los usuarios que enfermaron, la mayor incidencia se encontró en el grupo de edad de 0 a 5 años.

Para analizar la prevalencia de las enfermedades crónicas en la población se tomó en cuenta únicamente a la población mayor de 18 años. De los 386 individuos que conforman el total, 288 son mayores de 18 años, de los cuales 25 presentaron diabetes mellitus tipo 2, por lo que se reporta una prevalencia de 8.6 por cada 100 individuos mayores de 18 años.

De estos 288 individuos, 23 presentaron hipertensión arterial, lo que representa una prevalencia de 7.9 por cada 100 individuos mayores de 18 años.

Se obtuvo una población de 40 menores de 5 años, cuya prevalencia de lactancia materna fue de 47.5 por cada 100 menores.

Tabla 23. Prevalencia de enfermedades reportados por usuarios de la UVISA, 2013

Enfermedad	Sí	No	Total	Prevalencia[+]
Infecciones respiratorias agudas (IRAs)	57	329	386	14.8
Diabetes mellitus tipo 2	25	263	288*	8.6
Hipertensión arterial (HTA)	23	263	288*	7.9
Enfermedades diarreicas agudas (EDAs)	3	383	386	0.8
Lactancia materna exclusiva	19	21	40[#]	47.5

[+]Por cada 100 individuos
*Individuos mayores de 18 años
[#] Menores de 5 años
Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

Alcoholismo y tabaquismo

Respecto a los estilos de vida saludable, se reporta la siguiente información de hábitos poco saludables, que son también principales factores de riesgo para las enfermedades priorizadas.

Del total de 319 individuos de 14 años y más, se encontró que solo el 1.6% referían un consumo frecuente de bebidas alcohólicas; con respecto al tabaquismo el 14.1% de los individuos referían el consumo frecuente de tabaco (tabla 24).

En cuanto a las prácticas saludables, el 27.3% de las usuarias reportan realizar ejercicio físico regularmente, y el 55.4% refieren tener una alimentación saludable.

Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de alcoholismo y tabaquismo en individuos de 14 años y más de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Individuos de 14 años y más		
Hábitos	Frecuencia	%
Ejercicio físico	77	27.3
Alcoholismo	5	1.6
Tabaquismo	45	14.1
Alimentación saludable*	214	55.4

*****Total de individuos

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

Respecto a VIH/SIDA, se indagaron únicamente conocimientos y prácticas preventivas de la población debido al sesgo por subregistro que se hallaría al preguntar directamente si alguien en la familia tenía diagnóstico previo de VIH/SIDA. Los conocimientos expresados y las prácticas preventivas que referidas por la población nos ayudarían a conocer si existe información adecuada brindada por las instituciones de salud, y en este caso por parte de la UVISA.

Del total de usuarias entrevistadas, el 61% refirió saber qué significa ‘VIH/SIDA’; el 95% de la muestra mencionó conocer que el VIH/SIDA es una enfermedad infecciosa, lo cual implica que el 5% no sabe que se trata de una enfermedad que puede contagiar. Otros resultados importantes muestran que el 67% de las usuarias refieren que no existe tratamiento para el VIH/SIDA, esto refleja un amplio desconocimiento por parte de la población usuaria (tabla 25).

Tabla 25. Información acerca de VIH/SIDA que poseen los usuarios de la UVISA, 2013.

Información	Sí		No / No sabe	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Significado de VIH/SIDA	52	61%	33	39%
VIH/SIDA es enfermedad infecciosa	81	95%	4	5%
Existe tratamiento para el VIH/SIDA	28	33%	57	67%
Relaciones sexuales principal causa de contagio	85	100%	0	0%
Lactancia materna es vía de transmisión de VIH/SIDA	33	39%	52	61%
VIH puede transmitirse por picadura de mosquito	33	39%	52	61%
Transmisión de VIH/SIDA por beso	15	18%	70	82%
Transmisión de VIH/SIDA por donación de sangre	81	95%	4	5%

n= 85 usuarias

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

4.3 Factores de riesgo para los daños priorizados (de encuesta)

Respecto a los factores obtenidos de la encuesta en la población de la UVISA, se encontraron los siguientes.

- Factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas

En el caso de las infecciones respiratorias agudas, se consideraron como factores de riesgo para enfermar la edad menor de 5 años y el bajo peso al nacer, se consideró como factor protector la presencia de lactancia materna exclusiva (ver tabla 26); de estos el único estadísticamente significativo fue el ser menor de 5 años.

Tabla 26. Factores de riesgo, para enfermar de infección respiratoria aguda de los individuos encuestado en la UVISA, 2013.

Infecciones respiratorias agudas			
Factor de riesgo	OR	Intervalo de confianza (95%)	
		Inferior	Superior
< 5 años	2.244	1.108	4.546
Lactancia materna exclusiva*	0.462	0.117	1.829
Bajo peso al nacer	7.250	.988	53.222

*Factor protector
Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

- Factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2

Para diabetes mellitus se consideraron los factores de riesgo para morir puesto que el análisis se realizó en personas que ya poseían la enfermedad, los factores que se tomaron en cuenta fueron la obesidad, el sedentarismo, la edad (mayores de 40 años), el alcoholismo, el tabaquismo y los antecedentes familiares. De éstos, resultaron estadísticamente significativos: la obesidad; la edad, en personas mayores de 40 años; y los antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2 (ver tabla 27)

Tabla 27. Factores de riesgo en personas con diabetes mellitus tipo 2; UVISA, 2013.

Diabetes mellitus tipo 2			
Factor de riesgo	OR	Intervalo de confianza (95%)	
		Inferior	Superior
Obesidad	4.373	1.708	11.193
Sedentarismo	0.604	0.217	1.682
>40 años	8.675	3.147	23.910
Alcoholismo	2.531	0.272	23.566
Tabaquismo	0.925	0.300	2.854
Antecedentes heredofamiliares	2.222	1.935	5.280

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

- Factores de riesgo para enfermar por EDAs

Se consideraron como factores de riesgo para enfermar por enfermedades diarreicas agudas (EDAs): la edad menor a 5 años, el bajo peso al nacer, la presencia de lactancia materna exclusiva y el piso de tierra en la vivienda (tabla 28).

Tabla 28. Factores de riesgo para enfermar por EDAs; UVISA, 2013.

Enfermedades diarreicas agudas (EDAs)			
Factor de riesgo	OR	Intervalo de confianza (95%)	
		Inferior	Superior
Edad >5 años	3.57	0.318	4.8
Bajo peso al nacer	-	-	-
Lactancia materna exclusiva*	2.12	1.37	6.69
Piso de tierra	-	-	-

*Factor protector
Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

Como puede observarse en el caso del bajo peso al nacer no fue posible calcular el riesgo (OR) para enfermar por EDAs debido a que no se encontraron sujetos que hayan tenido presencia de éstas en un período de 30 días hasta el momento de la aplicación de la encuesta y que hayan referido tener bajo peso al nacer, por lo que la tabla cruzada para el cálculo de OR no pudo llevarse a cabo. De la misma manera sucedió al calcular el riesgo en relación a la presencia de piso de tierra en la vivienda, puesto que sólo hubo una familia que reportó tener piso de tierra, y en la cual no existió presencia de EDAs en los últimos 30 días.

- Factores de riesgo para hipertensión arterial

En el caso de los factores de riesgo para morir por hipertensión arterial, se consideraron el sedentarismo, los antecedentes heredofamiliares, el tabaquismo y la obesidad, de los cuales únicamente este último resultó ser estadísticamente significativo (tabla 29).

Tabla 29. Factores de riesgo en personas con hipertensión arterial; UVISA, 2013.

Hipertensión arterial			
Factor de riesgo	OR	Intervalo de confianza (95%)	
		Inferior	Superior
Sedentarismo	1.25	0.48	3.23
Obesidad	2.36	1.80	6.92
Antecedentes familiares	2.40	0.97	5.94
Tabaquismo	1.56	0.53	4.55

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

No fue posible obtener el riesgo para morir de cirrosis hepática y VIH/SIDA debido a que no hubo ningún caso con diagnóstico previo de cirrosis, y en cuanto a VIH/SIDA únicamente se indagaron conocimientos generales de los usuarios para conocer sus niveles de información y sus prácticas preventivas.

4.4 Servicios de salud

4.4.1 Población de responsabilidad

Atiende principalmente a población abierta referida por el centro de salud José A. Maraboto, y en proporción menor a población abierta en general de la ciudad de Xalapa.

4.4.2 Características físicas de la unidad

La Unidad de Vida Saludable presta sus servicios en un inmueble de dos plantas, en las cuales se distribuyen las diferentes áreas que brindan atención a los usuarios.

En la planta baja se encuentra ubicada la recepción, la oficina de la coordinación, el salón de activación física, el área de enfermería, área de reconocimiento médico, área de nutrición, área de cocina saludable, en la parte exterior se encuentra un patio pequeño, aquí se ubica el área de salud oral y una sala de usos múltiples, así como dos baños. En la planta alta del inmueble se encuentra ubicado un salón donde se lleva a cabo el club de estimulación temprana. La descripción del equipamiento a detalle se muestra en el anexo A.

4.4.3 Características del personal de salud

La Unidad de Vida Saludable cuenta con el personal adecuado para brindar una atención de calidad a la población de influencia del mismo. Cada área específica de la UVISA cuenta con personal para la realización de las actividades que se realizan en la unidad.

La unidad cuenta con 18 trabajadores distribuidos en las diferentes áreas de servicio. Su jornada de trabajo es de 8 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

La descripción a detalle del personal de la UVISA y sus funciones específicas se muestra en el anexo B.

4.4.4 Servicios que se ofrecen.

La UVISA atiende en horario de servicio de 8 a 15:30 horas, de lunes a viernes. Los servicios de atención directa que ofrece la unidad a la población usuaria son los siguientes:

- Psicología
- Enfermería
- Reconocimiento médico
- Nutrición
- Salud oral
- Activación física

Fue en estos servicios de atención directa en donde se llevó a cabo el análisis de la productividad y equipamiento.

4.4.5 Análisis de la productividad en los servicios que se ofrecen

En el presente diagnóstico se obtuvo la productividad a partir de las 6 áreas de atención directa al público: reconocimiento médico, enfermería, salud oral, nutrición, psicología y activación física. En la tabla 30 se muestran las consultas por área desde la creación del a UVISA en 2009. Para la obtención de la productividad se utilizó el año completo más reciente, correspondiente al 2012.

Tabla 30. Total de actividades llevadas a cabo en UVISA por año y área de atención[54]

CONSULTAS POR ÁREA						
AÑO	ÁREAS					
	REC. MEDICO	ENFERMERIA	SALUD ORAL	NUTRICION	PSICOLOGIA	ACT. FISICA
2009	424	427	348	442	301	153
2010	760	729	669	784	441	219
2011	661	872	662	1002	387	684
2012	778	748	766	957	723	90
2013(Tercer trimestre)	548	735	630	827	828	300

Fuente: Unidad de Vida Saludable. Boletín de evaluación 2013.

- Productividad en el área de reconocimiento médico

En el año 2012 en el área de reconocimiento médico se realizaron 778 consultas, el personal de esta área cuenta con una médico, contratada por 7.5 horas diarias, que representan 1,665 horas contratadas por año. De manera que:

$$\textit{Productividad del área de reconocimiento médico} = \frac{778 \text{ consultas en el año } 2012}{1{,}665 \text{ horas médico en el año } 2012} = 0.47$$

Por tanto, la productividad en el área de reconocimiento médico es de 0.47 consultas por hora; por lo que una consulta completa se llevaría a cabo en 2.1 horas.

- Productividad en el área de enfermería

En el año 2012 en el área de enfermería se realizaron 748 consultas, esta área cuenta con un personal conformado por dos enfermeras, contratadas por 7.5 horas diarias cada una, por lo que el recurso nuclear al día es de 15 horas contratadas, que representan 3,330 horas contratadas por año. De manera que:

$$\textit{Productividad del área de enfermería} = \frac{748 \text{ consultas en el año 2012}}{3{,}330 \text{ horas enfermera en el año 2012}} = 0.22$$

Por tanto, la productividad en el área de enfermería es de 0.22 consultas por hora; por lo que una consulta completa se llevaría a cabo en 4.5 horas.

- Productividad en el área de salud oral

En el año 2012 en el área de salud oral se realizaron 766 consultas, esta área cuenta con un personal conformado por dos odontólogas, contratadas por 7.5 horas diarias cada una, por lo que el recurso nuclear al día es de 15 horas contratadas, que representan 3,330 horas contratadas por año. De manera que:

$$\textit{Productividad del área de salud oral} = \frac{766 \text{ consultas en el año 2012}}{3{,}330 \text{ horas odontóloga en el año 2012}} = 0.23$$

Por tanto, la productividad en el área de salud oral es de 0.23 consultas por hora; por lo que una consulta completa se llevaría a cabo en 4.3 horas.

- Productividad en el área de nutrición

En el año 2012 en el área de nutrición se realizaron 957 consultas, esta área cuenta con un personal conformado por dos nutriólogas, contratadas por 7.5 horas diarias cada una, por lo que el recurso nuclear al día es de 15 horas contratadas, que representan 3,330 horas contratadas por año. De manera que:

$$\textit{Productividad del área de nutrición} = \frac{957 \text{ consultas en el año 2012}}{3{,}330 \text{ horas nutrióloga en el año 2012}} = 0.29$$

Por tanto, la productividad en el área de nutrición es de 0.29 consultas por hora; por lo que una consulta completa se llevaría a cabo en 3.4 horas.

- Productividad en el área de psicología.

En el año 2012 en el área de psicología se realizaron 723 consultas, esta área cuenta con un personal conformado por dos psicólogas, contratadas por 7.5 horas diarias cada una, por lo que el recurso nuclear al día es de 15 horas contratadas, que representan 3,330 horas contratadas por año. De manera que:

$$\textit{Productividad del área de psicología} = \frac{\textit{723 consultas en el año 2012}}{\textit{3,330 horas psicóloga en el año 2012}} = 0.22$$

Por tanto, la productividad en el área de psicología es de 0.22 consultas por hora; por lo que una consulta completa se llevaría a cabo en 4.5 horas.

- Productividad del área de activación física

En el año 2012 en el área de activación física se realizaron 99 valoraciones, esta área cuenta con un personal conformado por dos activadores físicos, contratados por 6.5 horas diarias cada uno, por lo que el recurso nuclear al día es de 13 horas contratadas, que representan 2,886 horas contratadas por año. De manera que:

$$\textit{Productividad del área de activación física} = \frac{\textit{99 valoraciones en el año 201}}{\textit{2,886 horas contratadas en el año 2012}} = 0.04$$

Por tanto, la productividad en el área de activación física es de 0.04 valoraciones por hora.

En la tabla 31 se muestra en resumen la productividad de la UVISA.

Tabla 31. Determinación productividad por área de atención directa a usuarios de la UVISA, 2012.

Área	Resultado*
Reconocimiento médico	0.47
Enfermería	0.22
Salud oral	0.23
Nutrición	0.29
Psicología	0.22
Activación física	0.04

*Actividades por hora
Fuente: Elaboración propia con datos de la Unidad de Vida Saludable. Boletín de evaluación 2013.

4.4.6 Análisis de los programas que se ofrecen (coberturas y metas) relacionados con los daños priorizados.

Algunas de las actividades extramuros que se realizaron en el 2012 y que se relacionan con los daños priorizados fueron los siguientes:

- Primera brigada de salud preventiva en el Parque de los Berros, determinando glucosa capilar y presión arterial en la Caminata de Convivencia Familiar el 21 de abril.
- Taller de sexualidad para adolescentes, el sábado 6 de julio. Visita de integrantes del Instituto Municipal de las Mujeres, en la que se realizaron pláticas y detecciones rápidas de VIH.
- Campaña comunicativa de promoción de salud de la lactancia materna, durante el mes de agosto y se diseñó un logo de promotores de lactancia, Se realizó Caminata de activación física con el club creativo del Adulto Mayor en el circuito de ejercicios.

Estas son solo algunas de las actividades que se realizaron durante el año pasado, Es importante mencionar que la UVISA fue proyecto ganador en el

Programa de Comunidades Saludables 2013: “UVISA: Hacia una nueva cultura en Salud en Tierra Blanca”.

Los datos aquí mencionados fueron obtenidos del Boletín de Evaluación UVISA 2013.

4.4.7 Demanda de servicios de salud por tipo (institucional, privados, alternativos, etc.)

Del total de las 85 encuestas realizadas, se encontró que para la consulta general los encuestados reportaron que acuden al centro de salud que les corresponda; por otra parte para la consulta con un especialista, estudios de laboratorio y radiografías la mayoría de las familias acuden a servicios privados; finalmente con respecto a la hospitalización la mayoría de las personas encuestadas reportó que acuden al CEMEV. Los datos se reportan en la tabla 32.

Tabla 32. Distribución por tipo de servicio e institución a donde reportaron que acuden los usuarios y sus familias en Xalapa, Ver. 2013

Tipo de servicio	IMSS	ISSSTE	CEMEV	Hospital Civil	Centro de Salud	Privado	Total
Consulta general	13	4	3	0	35	31	85
Especialista	14	3	15	2	8	42	85
Hospitalización	19	2	35	5	0	24	85
Laboratorio	12	3	18	8	7	37	85
Radiografía	13	4	20	6	1	41	85
Vacunas	12	7	2	0	57	7	85

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

También se obtuvieron datos de a donde acuden para atender sus problemas de salud los 386 individuos reportados. El 34% de ellos prefiere ir al servicio privado para atender sus problemas de salud y el 29% acude a algún servicio de salud de la Secretaría ya que están afiliados al Seguro Popular. Los datos se presentan en la tabla 33.

Tabla 33. Distribución de la población de la UVISA por institución a donde acuden con mayor frecuencia para atender sus problemas de salud en Xalapa, Ver. 2013

Institución	Frecuencia	%
IMSS	81	21.0
ISSSTE	21	5.5
PEMEX	1	.3
SAISUV	2	.5
SSA: Sin seguro popular	20	5.2
SSA: Con seguro popular	111	28.7
Privadas	132	34.3
Medicina tradicional	4	1.0
A ningún lado	5	1.3
Otro	4	1.0
No sabe	5	1.3
Total	386	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

4.4.8 Satisfacción de los usuarios por los servicios prestados

La mayor parte de los encuestados considera que la calidad de la atención recibida por los diferentes tipos de servicios e instituciones es buena, de acuerdo a su percepción, lo cual se observa en la Tabla 34.

Tabla 34. Distribución por tipo de servicio y calidad de atención que recibe la población, percibida por ella misma, de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Tipo de servicio	Buena	Regular	Mala	No sabe/ No aplica
Consulta general	64	20	1	0
Especialista	53	12	3	17
Hospitalización	47	17	1	20
Laboratorio	68	10	1	6
Radiografía	53	9	1	22
Vacunas	63	12	2	8

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

Con respecto al gasto que hacen las familias en los servicios de salud a los que acuden, la población considera que su gasto es bajo cuando se vacunan, consideran un gasto regular en el servicio de consulta general, consulta de especialidad, estudios de laboratorio y radiografías. La hospitalización representa un gasto elevado según lo reportado en la encuesta. Los datos se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 35.Distribución de gasto realizado por tipo de servicio la población de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Tipo de servicio	Bajo	Regular	Elevado	No sabe/ No aplica
Consulta general	15	42	26	2
Especialista	7	30	33	15
Hospitalización	13	22	27	23
Laboratorio	17	37	23	8
Radiografía	16	30	19	20
Vacunas	50	20	5	10

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

4.4.9 Problemas detectados en la prestación de servicios

Las sugerencias para mejorar el servicio de salud que utilizan con mayor frecuencia los 85 entrevistados se encuentran en la tabla 36, la mayoría de ellos sugiere una mejor atención por parte de los prestadores del servició médicos y menor tiempo de espera entre consultas.

Tabla 36. Frecuencia por tipo de sugerencias a los servicios de salud a los que acuden regularmente la población usuaria de la UVISA en Xalapa, Ver. 2013

Sugerencias	Frecuencia
Amabilidad por parte de los prestadores del servicio	11
Capacitación al personal de salud	7
Mejor atención al paciente	24
Menor tiempo de espera entre consultas	15
Mejor limpieza de la institución de salud	5
Mas citas programadas	3
Mayor disponibilidad de medicamentos y vacunas	6
Ninguna sugerencia	14
Total de sugerencias recibidas	85

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la UVISA, Xalapa, Ver, 2013.

Respecto a la información que brindan o no las instituciones de salud, la población usuaria refirió lo siguiente:

Tabla 37. Distribución de la población que refiere haber recibido o no información por parte de las diversas instituciones de salud.

INFORMACIÓN	SÍ		NO / NO SABE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus tipo 2 o azúcar	27	31%	57	67%
Hipertensión arterial o presión alta	28	33%	57	67%
Cirrosis hepática	10	12%	75	88%
VIH/SIDA	48	56%	37	44%
Enfermedad diarreica aguda.	43	51%	42	49%
Infecciones respiratorias agudas	40	47%	45	52%
Lactancia materna	57	67%	28	33%

Como puede observarse, la mayor deficiencia en la proporción de información es en los temas: cirrosis hepática, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

Por otro lado, las personas encuestadas comentan con respecto a la UVISA, la necesidad de que se establezcan horarios vespertinos para atender distintas actividades ya programadas de manera matutina como lo son, clases de zumba, baile de salón, trabajo con adultos mayores.

Las personas encuestadas comentan que muchos familiares y conocidos que podrían asistir con regularidad a la UVISA, pero dado que laboran en el día les es imposible utilizar los servicios brindando, por tal motivo proponen horarios de atención después de las 6:00 pm.

Así mismo los encuestados consideran necesario el tener actividades lo fines de semana. Sábado y domingo por las mañanas son los días que propusieron.

5. Conclusiones y recomendaciones para la implementación de acciones en la unidad de salud

5.1 Conclusiones

Respecto a las características demográficas en el presente diagnóstico pudimos observar que las personas que acuden a la UVISA son mayoritariamente de sexo femenino, las usuarias encuestadas fueron 84 mujeres y 1 hombre, las cuales nos brindaron información acerca de sus familias, conformando una población de 386 individuos, en los cuales se halló que el grupo etario que presenta la mayor frecuencia es el de 15 a 19 años, lo que nos habla de una población joven. Respecto a la escolaridad, la mayoría de la población tiene nivel de estudios de secundaria con un 25% del total, en segundo lugar lo ocupa el nivel de bachillerato con un 24% y en tercer lugar el nivel de estudios de primaria con un 21%, por lo que la población se halla en un nivel de educación básica.

Cabe mencionar que la muestra para este diagnóstico consistió en 85 usuarias activas, lo cual representa un número muestral mayor comparado con los dos diagnósticos de salud anteriores, realizados también por alumnos de la Maestría en Salud Pública, lo cual nos indica que la población de la UVISA pudo haber aumentado.

En la población de 14 años y más que declara saber leer y escribir un recado, se encontró que sólo el 2% de la población de la UVISA son analfabetas. Respecto a la población económicamente activa (PEA), el 60% de los individuos se encontraba trabajando en el momento de la realización de la encuesta. Las personas que se encontraron dentro de la PEI representó en 37% restante (113 individuos) de los cuales el 19% se dedica a quehaceres del hogar y el 12% son estudiantes. En cuanto a las características socioeconómicas, de las 85 familias encuestadas el 68% de las familias tienen un nivel de vida alto, el 29% un nivel medio y el 2% corresponde a un nivel bajo. Existe un promedio de 1.5 hijos por familia, lo que nos habla de una adecuada planificación familiar.

De las 85 viviendas reportadas en el estudio sólo el 9% no contaba con el servicio de drenaje público, el 100% contaba con luz eléctrica y contaban con muros de

ladrillo o concreto, y sólo el 1% de las viviendas tenían piso de tierra, lo que nos habla de viviendas funcionales que no representan factores de riesgo potenciales, esto tiene relación también con el hecho de que las usuarias de la UVISA provienen de una población urbana. El hacinamiento se encontró en el 45% de las viviendas, lo que nos indica que si bien los hogares cuentan con todos o la mayoría de los servicios, no tienen la capacidad física necesaria para albergar al número de integrantes de la familia.

En cuanto a los daños priorizados se encontró que algunos resultaron ser no estadísticamente significativos lo cual llevo a un análisis por parte del equipo de artículos científicos en donde se logró relacionar que no salieron significativos debido al tamaño de la muestra, lo que correspondía a ser una muestra pequeña que la cual no permitió estimar los riesgos para obtener un resultado más significativo.

Los factores de riesgo que resultaron ser estadísticamente significativos en cuanto a infecciones respiratorias agudas resultaron fueron ser menor de 5 años y el bajo peso al nacer. Y el factor que resulto como factor protector fue el haber recibido lactancia materna exclusiva.

En cuanto a los factores de riesgo para morir de Diabetes mellitus tipo 2 los estadísticamente significativos fueron: la obesidad, edad en personas mayores de 40 años y los antecedentes heredofamiliares de familiares con esta patología.

Los factores de riesgo estadísticamente significativos para morir por hipertensión arterial resultaron ser el sedentarismo, los antecedentes heredofamiliares, el tabaquismo y la obesidad.

El principal daño a la salud detectado en la UVISA fueron las IRAs, que presentaron una incidencia de 14.8 casos por cada 100 individuos, principalmente en niños menores de 5 años, es importante recalcar que la incidencia calculada no se puede utilizar para inferir en el universo, pues la muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; este resultado concuerda con los daños priorizados a nivel municipio, en donde las IRAs

ocuparon el primer lugar al realizar la priorización. Respeto al segundo daño a la salud, este fue la Diabetes mellitus tipo 2, que tuvo una prevalencia de 8.6 por cada 100 individuos mayores de 18 años; en la UVISA no se atiende a personas con este padecimiento, sin embargo el club de adultos mayores tiene entre sus asistentes a personas que tienen este padecimiento pero que llevan su control médico en una unidad de salud diferente a la UVISA, además la información que se recolecto fue tanto de usuarios como de sus familias, y fue de este conjunto de población que se obtuvieron los datos. Finalmente el tercer daño a la salud con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial, esta enfermedad tuvo una prevalencia de 7.9 casos por cada 100 individuos mayores de 18 años; la hipertensión es uno de los problemas que se detectan directamente en la UVISA mediante la toma de la presión arterial, a la persona se le dan recomendaciones para prevenir la aparición de la enfermedad y posteriormente se le canaliza a su unidad de salud.

La lactancia materna también se consideró dentro del trabajo, como parte del proyecto de la UVISA para crear un Club de lactancia materna; la prevalencia que se encontró fue de 47.5 por cada 100 menores de 5 años. La lactancia materna reporta beneficios como por ejemplo una mejor nutrición por lo cual es parte importante en el desarrollo del menor.

El VIH/SIDA fue otro de los daños a la salud de los cuales se obtuvo información, pero solo fue acerca del conocimiento acerca de lo que es la enfermedad y sobre la prevención. El 95% refirió que el VIH/SIDA es una enfermedad contagiosa. El 100% de las personas encuestadas consideran que las relaciones sexuales son la principal vía de contagio. Solo un 39% refiere que la leche materna es otra vía de transmisión. Un 95% cree también que la donación de sangre puede transmitir la enfermedad. En conclusión la información que las personas tienen acerca del VIH/SIDA en su mayoría es errónea, por lo cual se requiere brindar pláticas acerca del tema que puedan ayudar a la población a comprender mejor lo que es el VIH/SIDA y sus implicaciones.

Los estilos de vida saludable son parte fundamental dentro de los objetivos de la UVISA, por lo cual es vital que se puedan determinar hábitos saludables y no saludables. Entre los daños no saludables están el alcoholismo y tabaquismo, al respecto se encontró que solo el 1.6 % de los 319 individuos mayores de 14 años refería el consumo de alcohol frecuente (más de 7 copas a la semana); también se pudo obtener datos sobre el tabaquismo, de estos el 14.1% de los individuos refirió consumo diario de tabaco, en este punto es importante mencionar que las personas nos mencionaron que han dejado este hábito gracias a las pláticas que dan en la unidad y que los hacen reflexionar sobre lo importante que es el cuidado de su salud.

Respecto a los hábitos saludables, se encontró que el 27.3% de las usuarias realizan actividad física regularmente, gracias a la implementación del club de zumba, el cual consideran un factor clave para realizar dicha actividad. Encontramos también que el 55.4% de las usuarias refiere una alimentación saludable, esto por las recomendaciones que se les dan en el área de nutrición.

5.2 Recomendaciones

- Ampliar el horario vespertino de atención a las diferentes áreas de la unidad y darle un horario vespertino y nocturno a la de actividad física a usuarios de la unidad de vida saludable (UVISA).
- Promocionar la unidad de vida saludable en la población de Xalapa, así como también en los diferentes niveles de atención para favorecer la asistencia y conocimiento de las distintas actividades que se realizan, lo fundamental la prevención en salud.
- Campañas publicitarias en los diferentes lugares de recreación de la población en donde se promocione la unidad y sus diferentes acciones.
- Ampliar la cobertura de las actividades extramuros a escuelas de todo el municipio de Xalapa.
- Respecto al apartado especial de lactancia materna, se sugiere a la Unidad que para la creación de un área específica de lactancia materna, se tome

en cuenta la información previa y las percepciones de las usuarias en relación a los beneficios que la lactancia materna brinda al niño(a) y a la madre, con el objetivo de profundizar en los temas poco conocidos por ellas, como: la ayuda en su desarrollo intelectual y motriz y la prevención de enfermedades.

- Brindar más información a las usuarias acerca de la prevención de las enfermedades en las que se hallaron conocimientos deficientes, tales como el VIH/SIDA, la cirrosis hepática y la diabetes mellitus tipo 2.

5.3 Experiencias de aprendizaje (positivas y negativas)

En cuanto a las experiencia negativas concluimos que el asistir poco a la sede influyo en que el personal en algún momento nos comentó que asistíamos muy poco de alguna manera consideraron invasiva nuestra presencia, y todo esto ocasionado por lo tiempos tan cortos en que nos vimos inmersos durante el semestre comparada con las diferentes generaciones anteriores que se les asignaba dos días a la semana.

Anexo A

Equipamiento de las diferentes áreas de la UVISA.

Área	Equipamiento	Cantidad	Evaluación del estado del equipamiento
Administración	Silla apilable negra	4	Buen estado
	Computadora personal	1	Buen estado
	Mesa para computadora de madera	1	Buen estado
	Soporte de pared para monitor LCD	2	Buen estado
	Mueble perimetral mesa y cajonera	1	Buen estado
	Banca Tanden 3 lugares verde	6	Buen estado
	Pantalla televisión LCD 32”	2	Buen estado
	Reproductor de DVD	2	Buen estado
	Impresora lasser blanco y negro	1	Buen estado
	Juego de sala 2 piezas	1	Buen estado
	Mesa modular trapezoidal de conglomerado de estructura de metal	6	Buen estado
	Pintarrón blanco	1	Buen estado
	Silla apilable verde	9	Buen estado
	No. Break CPD	1	Buen estado

Fuente: Inventario de la UVISA, 2013.

Área	Equipamiento	Cantidad	Evaluación del estado del equipamiento
	Cámara fotográfica 12MPX	1	Buen estado

Informática	Escritorio con pedestal caoba con negro	1	Buen estado
	Librero alto con puertas bajas caoba con negro	1	Buen estado
	Archivero metálico	1	Buen estado
	Silla secretarial semi ejecutiva verde pera	1	Buen estado
	Reloj checador digital	1	Buen estado
	Video proyector	1	Buen estado
	No break profesional cdp	1	Buen estado
	Impresora multifuncional laser		Buen estado
	Fuente de poder ininterrumpible	1	Buen estado
	Equipo de cómputo completo	1	Buen estado
	Switch para redes	1	Buen estado

Fuente: Inventario de la UVISA, 2013.

Área	Equipamiento	Cantidad	Evaluación del estado del equipamiento
Enfermería	Glucómetro one touch	1	Buen estado
	Báscula para bebé	1	Buen estado
	Monitor de composición corporal	1	Buen estado
	Archivero	3	Buen estado
	Mueble jgo perimetral mesa y cajonera	1	Buen estado
	Silla secretarial giratoria verde	1	Buen estado
	Silla apilable verde	2	Buen estado
	Banco de altura asiento giratorio	1	Buen estado
	Equipo de glucosa	1	Buen estado
	No break profesional cdp	1	Buen estado
	Equipo de cómputo completo	1	Buen estado
	Bascula pesa personas con pesas deslizables	1	Buen estado
	Tallimetro para bebé estación de medición	2	Buen estado
	Bascula para bebe de 15kg	1	Buen estado
	Gabinete universal color arena	1	Buen estado
	Glucómetro portátil	2	Buen estado
	Equipo sistema para determinación de lípidos en sangre	1	Buen estado
	Mesa pasteur con rodajas de acero	1	Buen estado
	Esfignomanómetro mercurial	1	Buen estado

Fuente: Inventario de la UVISA, 2013.

Área	Equipamiento	Cantidad	Evaluación del

			Estado del equipamiento
Reconocimiento Médico	Banco de altura de acero tubular cromado	1	Buen estado
	Archivero metálico	1	Buen estado
	Mueble jgo perimetral mesa y cajonera	1	Buen estado
	Silla secretarial giratoria verde	2	Buen estado
	Silla apilable verde	2	Buen estado
	No break cdp	1	Buen estado
	Equipo de cómputo completo	1	Buen estado
	Maniquí entrenador desarrollo del feto	1	Buen estado
	Maniquí entrenador pelvis femenina	1	Buen estado
	Cama de masaje portátil	1	Buen estado
	Maniquí entrenador modelo de la próstata	1	Buen estado
	Maniquí entrenador súper torso de doble sexo	1	Buen estado
	Gabinete universal color arena	1	Buen estado
	Estuche de diagnóstico para la exploración física del paciente	1	Buen estado
	Esfigmomanómetro mercurial	1	Buen estado

Fuente: Inventario de la UVISA, 2013.

Área	Equipamiento	Cantidad	*Evaluación del estado de equipamiento.*
Nutrición	Silla apilable verde	1	Buen estado
	Horno de microondas blanco	1	Buen estado
	Frigobar de 3.7 "	1	Buen estado
	Cafetera para 42 tazas	1	Buen estado
	Equipo 36 réplicas de alimentos	1	Buen estado
	Estufa mabe	1	Buen estado
	Batidora de mano	1	Buen estado
	Cilindro para gas 30 kilos	1	Buen estado
	Extractor de jugos con motor	1	Buen estado
	Juego de cuchillos inoxidable	1	Buen estado
	Licuadora de 2 velocidades	1	Buen estado
	Olla express	1	Buen estado
	Parrilla con 4 quemadores	1	Buen estado
	No break profesional cdp	1	Buen estado
	Impresora láser blanco y negro	1	Buen estado
	Software de nutrición	1	Buen estado
	Fuente de poder ininterrumpible	1	Buen estado

	Equipo de cómputo completo	1	Buen estado
	Fuente de poder ininterrumpible	1	Buen estado
	Biombo triple con tubo montado en 3 paneles	1	Buen estado
	Báscula con estadímetro	1	Buen estado
	Escritorio secretarial metálico	1	Buen estado
	Silla secretarial giratoria verde	1	Buen estado
	Inbody	1	Buen estado

Fuente: Inventario de la UVISA, 2013.

Área	Equipamiento	Cantidad	Evaluación del estado de equipamiento.
Activación física	Equipo de computo	1	Buen estado
	Escritorio	1	Buen estado
	Reproductor de música	1	Buen estado
	Caminadoras	3	Buen estado
	Caminadoras elípticas	3	Buen estado
	Bicicletas estáticas	4	Buen estado
	Mancuernillas	13	Buen estado
	Cuerdas para saltar	20	Buen estado
	Espejos de cuerpo completo	2	Buen estado

Fuente: Inventario de la UVISA, 2013.

Área	Equipamiento	Cantidad	Evaluación del estado del equipamiento
Salud Oral	Silla secretarial giratoria verde	1	Buen estado
	Silla apilable verde	2	Buen estado
	Mueble para material odontológico con 3 cajones y 1 puerta	1	Buen estado
	Mueble para consultorio dental con tarja y 2 puertas laterales	1	Buen estado
	Equipo de cómputo hp	1	Buen estado
	Fuente de poder ininterrumpible	1	Buen estado
	Gabinete universal metálico	1	Buen estado
	Unidad estomatológica para exploración	1	Buen estado
	Aparato de ultrasonido para limpieza dental	1	Buen estado
	Esterilizador convencional	1	Buen estado
	Mesa Pasteur con rodajas de acero	1	Buen estado
	Equipo modelo anatómico dental de afecciones dentarias	1	Buen estado
	Equipo modelo de cuidado dental	1	Buen estado
	Set instrumental odontológico para afecciones dentarias	1	Buen estado
	Sonda periodontal de acero inoxidable	2	Buen estado

Fuente: Inventario de la UVISA, 2013.

Área	Equipamiento	Cantidad	Evaluación del estado de equipamiento
Psicología	Archivero	1	Buen estado
	Mueble jgo perimetral mesa y cajonera	1	Buen estado
	Silla apilable verde	3	Buen estado
	Escritorio secretarial metálico	1	Buen estado
	Mesa infantil de uso rudo con 5 sillas de madera	1	Buen estado
	Silla apilable verde	2	Buen estado
	Mesa maternal amarilla y 2 sillas amarillas	1	Buen estado
	Mesa maternal amarilla y 2 sillas azul y amarillo	1	Buen estado
	Mesa maternal amarilla y 2 sillas roja y verde	1	Buen estado
	Radio grabadora reproductor de cd color rosa	1	Buen estado
	Equipo de computo completo	1	Buen estado
	Mueble jgo perimetral mesa y cajonera	1	Buen estado

Fuente: Inventario de la UVISA, 2013.

Anexo B

Tabla 30. Horario y nombre del personal de la UVISA por área.

Área	Personal	Nombre	Horario Laboral
Coordinación	1	Claudia del Carmen Caballero Cerdan	8:00 - 15:30 hrs
Enseñanza e investigación	1	Claudia del Carmen Caballero y María Concepción Arrazate	8:00 - 15:30 hrs
Sistemas de información	1	Manuel Antonio Alarcón Hernández	8:00 - 15:30 hrs
Trabajo social	1	Janet García González	8:00 - 15:30 hrs
Área de admisión	1	Geraldine Zamora Flores	8:00 - 15:30 hrs
Enfermería	2	Julieta González Quiñones	8:00 - 15:30 hrs
Reconocimiento médico	1	María Concepción Arrazate García	8:00 - 15:30 hrs
Activador físico	2	Jesús Alfredo Morales Mesa Luis Flores Zamudio	8:00 - 14:30 hrs
Psicología	2	Laura Liliana Serrano Rebeca Rodríguez	8:00 - 15:30 hrs
Salud oral	2	Alejandra Rodríguez Blanca E. Morales G.	8:00 - 15:30 hrs
Nutrición	2	María Guadalupe Guevara Hernández Noemí Hernández Rodríguez	8:00 - 15:30 hrs
Área de vigilancia	2	Blanca Genoveva Durán Sánchez Candelaria Zavaleta Izquierdo	8:00 - 8:00 hrs
Administración	1	Arturo Hernández Rodríguez	8:00 - 15:30 hrs

Fuente: Personal de la UVISA, 2013.

Las funciones del personal de las áreas con atención directa a los usuarios son las siguientes:

Personal del área de trabajo social

a) Informar y orientar a la población en general sobre los servicios y actividades de la Unidad.
b) Realizar el control y programación de citas en todas las áreas de la Unidad.
c) Dar seguimiento de inasistencias y citas programadas.
d) Integrar y proporcionar el expediente de vida saludable del usuario.
e) Recibir las quejas, sugerencias y felicitaciones de los usuarios por la atención otorgada en la Unidad e informar a sus superiores de éstas.
f) Fungir de enlace entre la Unidad y el Centro de Salud para la referencia y contrarreferencia de usuarios.
g) Participar en las visitas domiciliarias que realice la Unidad.
h) Participar en las actividades y servicios extramuros de prevención y promoción de la salud con la comunidad.
i) Aplicar instrumentos de evaluación de calidad en la atención otorgada a la población.
j) Participar en la elaboración del programa de actividades de la Unidad.
k) Realizar todas aquéllas funciones en el ámbito de su competencia, necesarias para el logro de los objetivos de la Unidad.

Personal del área de enfermería

a) Efectuar la toma de signos vitales, valorar e informar al usuario sobre su estado de salud para orientar sobre las acciones de salud a realizar.
b) Actualizar la Cartilla Nacional de Salud.
c) Apoyar en la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de mamas.
d) Apoyar en la detección integrada de diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, identificar los factores de riesgo y orientar al respecto.
e) Integrar el expediente de vida saludable del usuario en el apartado correspondiente.

f) Realizar actividades de educación para la salud para la prevención de accidentes.
g) Canalizar a los usuarios a las otras áreas de atención de la Unidad.
h) Participar en las actividades y servicios extramuros de prevención y promoción de la salud que la Unidad programe.
i) Participar en los proyectos de investigación que en la Unidad se realicen.
j) Participar en la elaboración del programa de actividades de la Unidad.
k) Realizar su informe de actividades.
l) Realizar todas aquéllas funciones en el ámbito de su competencia, necesarias para el logro de los objetivos de la Unidad.

Personal de reconocimiento médico

a) Realizar la exploración física completa a los usuarios, beneficiarios de los servicios de la Unidad y elaborar la historia clínica.
b) Identificar y orientar sobre los factores de mal pronóstico.
c) Detectar patologías y/o problemas de salud para canalizar oportunamente.
d) Realizar en conjunto con el responsable de enfermería la detección de factores de riesgo y enfermedades.
e) Integrar el expediente de vida saludable del usuario en el apartado correspondiente.
f) Realizar actividades de educación para la salud, con énfasis en prácticas de riesgo, identificación de signos de alarma en los niños, en el embarazo, con el propósito de prevenir enfermedades y conservar la salud.
g) Informar y orientar sobre métodos anticonceptivos, y de ser necesario recetarlos y/o aplicarlos.
h) Canalizar a los usuarios a las otras áreas de atención de la Unidad.
i) Participar en las actividades y servicios extramuros de prevención y promoción de la salud con la comunidad.
j) Participar en los proyectos de investigación que en la Unidad se realicen.
k) Realizar su informe de actividades.
l) Realizar todas aquéllas funciones en el ámbito de su competencia, necesarias para el logro de los objetivos de la Unidad.

Personal del área de nutrición

a) Realizar evaluación nutricional a los usuarios y demás beneficiarios de los servicios de la Unidad.
b) Brindar orientación nutricional y de higiene de los alimentos con base en las condiciones individuales del usuario.
c) Dar seguimiento nutricional a los usuarios.
d) Desarrollar alternativas de aprovechamiento y consumo de recursos alimenticios de la región.
e) Integrar el expediente de vida saludable del usuario en el apartado correspondiente.
f) Realizar actividades de educación para la salud con énfasis en nutrición, para inculcar el autocuidado en los usuarios.
g) Canalizar a los usuarios a las otras áreas de atención de la Unidad.
h) Participar en las actividades y servicios extramuros de prevención y promoción de la salud que la Unidad programe.
i) Realizar investigación y participar en los proyectos que en la Unidad se realicen.
j) Participar en la elaboración del programa de actividades de la Unidad.
k) Realizar su informe de actividades.
l) Realizar todas aquéllas funciones en el ámbito de su competencia, necesarias para el logro de los objetivos de la Unidad.

Personal del área de salud oral

a) Desarrollar programas y actividades de prevención y promoción de la salud bucal de acuerdo a las características individuales de los usuarios y demás beneficiarios de los servicios de la Unidad.
b) Valorar e informar al usuario sobre su estado de salud bucal y las acciones a realizar.
c) Identificar y orientar al usuario sobre factores de riesgo de patologías bucales.

d) Integrar el expediente de vida saludable del usuario en el apartado correspondiente.
e) Realizar actividades de educación en salud bucal, con énfasis en la higiene oral y factores de riesgo, para prevenir patologías bucales.
f) Canalizar a los usuarios a las otras áreas de atención de la Unidad.
g) Participar en las actividades y servicios extramuros de prevención y promoción de la salud que la Unidad programe.
h) Realizar investigación y participar en los proyectos que en la Unidad se realicen.
i) Participar en la elaboración del programa de actividades de la Unidad.
j) Realizar su informe de actividades.
k) Realizar todas aquéllas funciones en el ámbito de su competencia, necesarias para el logro de los objetivos de la Unidad

Personal del área de psicología

a) Desarrollar programas y actividades de prevención y promoción de la salud mental de acuerdo a las características individuales de los usuarios y demás beneficiarios de los servicios de la Unidad.
b) Coordinar los talleres de estimulación temprana para la promoción de las capacidades mentales y emocionales.
c) Aplicar instrumentos y técnicas psicológicas para la identificación de trastornos mentales y factores de riesgo asociados a ellos.
d) Promover la prevención de violencia familiar y de pareja.
e) Promover la participación paterna en el embarazo y cuidados del menor.
f) Identificar signos de alarma por depresión, orientar y referir casos.
g) Brindar orientación y consejería en casos de depresión, trastornos alimentarios, adicciones, salud sexual y reproductiva.
h) Integrar el expediente de vida saludable del usuario en el apartado correspondiente.
i) Canalizar a los usuarios a las otras áreas de atención de la Unidad.

j) Participar en las actividades y servicios extramuros de prevención y promoción dela salud que la Unidad programe.
k) Realizar investigación y participar en los proyectos que en la Unidad se realicen.
l) Participar en la elaboración del programa de actividades de la Unidad.
m) Realizar su informe de actividades.
n) Realizar todas aquéllas funciones en el ámbito de su competencia, necesarias para el logro de los objetivos de la Unidad

Personal del área de activación física

a) Valorar la capacidad física y realizar programas personalizados de activación física.
b) Establecer pruebas e instrumentos para evaluar la capacidad y aptitud física.
c) Detectar oportunamente defectos posturales y evaluar desarrollo motor.
d) Manejar instrumentos de medición confiables para evaluar periódicamente los resultados del programa.
e) Promover el deporte y actividad física en los usuarios de la unidad y los espacios educativos, de trabajo, de concentración de la población que se encuentran en el área de influencia de la Unidad.
f) Organizar grupos/clubes para la promoción y realización de actividades físicas intra y extramuros.
g) Integrar el expediente de vida saludable del usuario en el apartado correspondiente.
h) Canalizar a los usuarios a las otras áreas de atención de la Unidad.
i) Participar en las actividades y servicios extramuros de prevención y promoción de la salud que la Unidad programe.
j) Realizar investigación y participar en los proyectos que en la Unidad se realicen.
k) Participar en la elaboración del programa de actividades de la Unidad.

l) Realizar su informe de actividades.

m) Realizar todas aquéllas funciones en el ámbito de su competencia, necesarias para el logro de los objetivos de la Unidad

Bibliografía

[1] Salud OMdl. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública; 1986; 1986.

[2] López RF. El diagnóstico de salud en epidemiología, enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas. Manual Moderno. México 2006.
[3] Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. 1965.

[5] Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. 1965.
[6] OMS. ¿Qué es la promoción de la salud? 2012. Consultado en línea.
[7] Zurro M, Pérez Cano JF. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Elseviser. Madrid 2003.
[8] - Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. Manual de indicadores de eficiencia. Bogotá, 2013. Consultado en línea desde: http://www.esecentrooriente.gov.co/hco/images/stories/ogpa/manual%20de%20indicadores%20de%20eficiencia.pdf
[9] Ibídem.

[10] Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986.
[11] V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México; hacia una mayor equidad. México; 5 de Junio del 2000. México: 2000.
[12] Secretaría de prevención y promoción de la salud. Programa de acción específico 2007 – 2012. Promoción de la salud: una nueva cultura. Secretaría de Salud. México: 2007.
[13] Colecciones educativa en salud pública 2009, 2011, 2012. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana.
[14] Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, 2012.
[15] Galván N, Hernández J, Montejo M, Diagnostico de salud del centro de salud urbano Banderilla. Producto de los módulos: gestión del conocimiento I y salud pública I. Colecciones Educativas en Salud Pública. 2008, 6:28-60.
[16]Elaboración propia. Dirección General de Información en Salud (DGIS). CUBO del sistema epidemiológico estadístico de las defunciones, 2012
[17] Elaboración propia. Dirección General de Información en Salud (DGIS). CUBO del sistema epidemiológico estadístico de las defunciones, 2012.
[18] Córdoba VJA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud pública Méx v.50 n.5 Cuernavaca sep./oct. 2008. Consultado el 29 de Oct 2013 desde: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015
[19] Dirección General de Información en Salud (DGIS). CUBO del sistema epidemiológico estadístico de las defunciones, 2012.
[20] Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: factores de riesgo. Junio, 2012. Consultado en línea desde: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
[21] Torres L, Vladislavovna S, Reyes H, Villa JP, Constantino 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):381-86.

[22] Revista de educación. Cobián M, Nielsen A. Contexto socio-cultural, rev de edu/Nueva Época/ Abr-Jun 1999; Núm. 9 (una página en pantalla) Disponible en URL: http://educar.jalisco.gob.mx/09/9mariaco.html.

[23] Fundación nacional de discapacitados. Conceptos y estadísticas. Factores ambientales. (Una página en pantalla) (Referido en octubre 2007). Disponible en: URL: www.fnd.cl/conceptos .htm.

[24] Pan American Health Organization (PAHO). Informe final del estudio diagnostico situacional de riesgos a la salud debido al entorno de la vivienda. Diciembre 2000. Consultado en línea desde: http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/diagnostico/mexico.pdf.

[25] Pan American Health Organization (PAHO). Informe final del estudio diagnostico situacional de riesgos a la salud debido al entorno de la vivienda. Diciembre 2000. Consultado en línea desde: http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/diagnostico/mexico.pdf

[26] García RRM. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Rev. Med. Electrón. v.32 n.3 Matanzas Mayo-jun. 2010. Consultado en línea desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000300010&script=sci_arttext.

[27] Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Infecciones respiratorias agudas. Secretaría de Salud. Consultado en línea desde: http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/iras/faqiras.htm
http://www.ecured.cu/index.php/Infecciones_respiratorias_agudas

[28] NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

[29] Revista Salud Pública y Nutrición. Obesidad: Una perspectiva epidemiológica y sociocultural [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/viii/4/ensayos/obesidad-epidemiologia_y_cultura-bb.htm Consultado el 12 de octubre de 2013.

[30] Revista Salud Pública y Nutrición. Obesidad: Una perspectiva epidemiológica y sociocultural [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/viii/4/ensayos/obesidad-epidemiologia_y_cultura-bb.htm Consultado el 12 de octubre de 2013.

[31] Houde SC, Melillo KD. Cardiovascular health and physical activity in older adults: an integrative review of research methodology and results. J Adv Nurs. 2002 May;38(3):219-34.

[32] World Health Organization. Physical Inactivity: A Global Public Health Problem [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/ Consultado el 12 de octubre de 2013.

[33] Fuentes-Díaz Zaily, Rodríguez-Salazar Orlando, Salazar-Diez Mabel, Rodríguez-Hernández Orlando. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. 2008.

[34] Macías-Carrillo Claudia, Franco-Marina Francisco, Long-Dunlap Kurt, Hernández-Gaytán Sendy Isarel, Martínez-López Yolanda, López-Cervantes Malaquías. Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. Salud pública Méx. 2005.

[35] Collado Madrugada Ana María , Barberis Cubela Ana Esperanza, Aguilar Valdés Juan, López Alayón José F, Condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes en el municipio. 2004.

[36] Osuna- Ramirez I, Hernandez- Prado B, Campuzano JC, Salmeron J. Índice de masa corporal en una población adulta mexicana y la percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. Salud pública México, Volumen 2; (48) N.2, Cuernavaca marzo/abril 2006. Disponible en internet http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000200003&script=sci_arttext#fig1.

[37] ENSANUT 2012, Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. Consultado en línea el 13 Noviembre del 2013. Disponible en http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HypertensionArterialAdultos.pdf.

[38] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud; Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Consultado en línea desde: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf

[39] Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. D.O.F. 22 de septiembre de 1999. Disponible desde: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html
[40] Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. D.O.F. 22 de septiembre de 1999. Disponible desde: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.htm
[41] Organización Mundial de la Salud. Preguntas y Respuestas sobre la gripe Aviar. Ginebra. Mayo 2006.
[42] NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación en materia de alimentaria.
[43] Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. 17ª ed. Chin J., editor. Washington, DC: OPS; 2001.
[44] Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

[45] NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación en materia de alimentaria.

[46] NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

[47] NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
[48] OMS, Reporte de 10 datos sobre la actividad física, 2011
[49] (Raich,2001). (Sorensen y colaboradores

[50] García-Bueya L, González-Mateosb F, Moreno-Oteroa R. Cirrosis Hepática Medicine. 2012;11(11):625-33.disponible en http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v11n11a90135129pdf001.pdf

[51] Consejo Nacional Contra las Adicciones. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/guiaalc.pdf
[52] (Maya Mejía JM., 2003).
[53] Censo de Población y vivienda 2010, INEGI
[54] Unidad de Vida Saludable. Boletín de evaluación. Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, 2013.

Universidad Veracruzana

Instituto De Salud Pública / UV

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR	Q.C. Raquel Almaraz Velasco Biol. Reyna Hernández Calderón Q.C. Dulce María Juárez Eusebio Lic. Psic. Fernando Vázquez Orduña
GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE UNA REVISTA ESPECIALIZADA UNIDAD DE INTELIGENCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD	Lic. Enfría. Ligia María Rosado Alcocer Lic. En Q.C. Irene Suárez Torres Lic. En Psic. Gerardo Rodríguez Montero Lic. En Nut. Alan Uriel García Tejeda
UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (UNEME-EC), XALAPA 2014	Vianey González Rojas Angélica Ortiz Pérez Nidia Cristal Rizada Antel Alma Angélica Velasco Bandala
MEJORA TR3S HÁBITOS MEJORA TU SALUD	Atalia Castillo Reyes Sergio Cuellar Rufino Rubén Alberto González Reyes Marcelo Antonio Guiot Santiago

Universidad Veracruzana

Instituto de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Departamento de control de enfermedades transmitidas por vector

"Proyecto de Intervención"

Asesores internos:

Dra. Rocío Coutiño Rodríguez

MSP. Vianey Argüelles Nava

Asesores externos:

Dr. Fredy Severo Mendoza Palmero

Equipo:

Q.C. Raquel Almaraz Velasco

Biol. Reyna Hernández Calderón

Q.C. Dulce María Juárez Eusebio

Lic. Psic. Fernando Vázquez Orduña

Lunes 08 de Junio del 2014, Xalapa Ver.

Índice

Marco contextual del departamento de control de enfermedades transmitidas por vector……...……1

Misión……...……1

Visión……..……..……2

Objetivos generales…….……...……..3

Objetivos específicos……..…….4

Marco jurídico…….……5

Organigrama del departamento de enfermedades transmitiditas por vector……..……..……9

Funciones del Jefe de departamento de enfermedades trasmitidas por vector……..10

Población beneficiaria……..……..12

Selección del problema……12

Análisis FODA…….….13

Análisis en paralelo…….……15

Marco teórico……...….15

Enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana……..15

Fase aguda……...…….16

Fase indeterminada……..…..16

Fase crónica……..17

Agente etiológico……17

Ciclo biológico del parásito……..……17

Reservorio natural……...……18

Mecanismos de transmisión…….……18

Ciclo de vida de los triatominos……..20

Ciclos epidemiológicos de la transmisión……..….21

Proceso educativo en la enfermedad de Chagas……22

Scaling-up……..25

Marco empírico…….……26

Marco contextual de la población……...……30

Planteamiento del problema…….31

Justificación……..……32

Objetivo general…….……..34

Objetivos específicos…….……34

Etapas de la intervención……..34

Metodología…….….37

Construcción del cuestionario…….37

Pláticas y actividades participativas……..39

Resultados……41

Análisis de resultados…….…..43

Discusión……...…51

Conclusión……....53

Recomendaciones……...……53

Anexos

Referencias

Marco contextual del departamento de control de enfermedades transmitidas por vector

El departamento de control de enfermedades transmitidas por vectores se encuentra en la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz que se ubica en la calle de Soconusco #31, en la Col. Aguacatal, Xalapa; Ver; este departamento esta articulado por 5 programas y son los siguientes:

Misión

Enfermedad de Chagas

Disminuir los riesgos para la población mexicana y brindar la atención eficaz con calidad y equidad, que garantice una mejor calidad de vida para los infectados y las personas en alto riesgo.

Enfermedad de Leishmaniosis

Disminuir la morbilidad y prevenir la muerte por Leishmaniosis mediante acciones de prevención y control que reduzcan los daños a la salud y la incorporación de la autoridad municipal y la población en el autocuidado de la salud.

Virus del Oeste del Nilo

Contribuir a disminuir el riesgo de la transmisión de la enfermedad y mortalidad en la población, mediante acciones multidisciplinarias que incorporen a toda la población y autoridades municipales y federales en autocuidado de la salud, con la finalidad de reducir el contacto con los vectores y reservorios de la enfermedad, riesgos generando un cambio de actitud en el almacenamiento del agua y la eliminación de criaderos potenciales.

Paludismo

Regular y normar la operación de las acciones de vigilancia, prevención y control del paludismo con calidad y equidad, cuya competencia se sustentan en la normatividad y bases legales del sistema nacional de salud.

Dengue

Contar con un programa de cobertura universal y calidad que permita la disminución de la carga de enfermedad por dengue no grave y dengue grave o hemorrágico por dengue en la población mexicana, mediante acciones de manejo integrado, que aumenten la seguridad ambiental, eviten aumentos en la acumulación de reservorios o vectores, promuevan la educación sanitaria, basada en la eliminación de riesgos y criaderos potenciales y generen un cambio de actitud en torno al cuidado del agua en la población de áreas endémicas.

Visión

Enfermedad de Chagas

Ser un programa líder de América con personal capacitado para la vigilancia, prevención y control de la Enfermedad de Chagas, que garantice el bienestar de la población en riesgo y una mejor calidad de vida en personas que hayan padecido la enfermedad, con un enfoque humanístico, ético y de equidad.

Enfermedad de Leishmaniosis

Ser un programa sólido y consciente de la importancia de la Leishmaniosis como un problema de salud pública en México, para reducir las pérdidas sociales y económicas como parte de la estrategia de reducir la inequidad en salud.

Virus del Oeste del Nilo

Ser un programa exitoso en las acciones intersectoriales que garanticen la seguridad y protección sanitaria a la población humana a través de la disminución de riesgos y contacto con la enfermedad.

Paludismo

Ser un programa líder, con reconocimiento nacional e internacional que cumplan con su misión, en un ambiente de trabajo que fomente el desarrollo humano y la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios de salud.

Dengue

Ser parte de un programa de vanguardia y liderazgo nacional e internacional con participación intersectorial, basado en compromisos de los tres órdenes de gobierno y la comunidad, así como la aplicación de medidas innovadoras, oportunas, sincronizadas y permanentes, para mantener el control del dengue en todo el país.

Cada uno de los programas cuenta con un objetivo general y específicos descritos a continuación:

Objetivos generales

Enfermedad de Chagas

Detectar los casos agudos, crónicos e indeterminados para instituir el tratamiento específico.

Leishmaniosis

Detectar los casos de las cuatro formas clínicas de Leishmaniosis que se pudieran presentar.

Virus del Oeste del Nilo

Fortalecer las acciones para la vigilancia, prevención y control del EVON en los estados prioritarios, a través de la consolidación del comité intersectorial y la participación social.

Paludismo

Mantener en cero la mortalidad de casos autóctonos y en cero la mortalidad por paludismo en Veracruz, mediante acciones que incrementen la eliminación de riesgos y mejore la eficacia en la conducción del programa.

Dengue

Mantener el control epidemiológico del dengue a través de acciones integrales, simultáneas y permanentes en localidades de alto riesgo y en áreas colindantes con estados circunvecinos.

Objetivos específicos

Enfermedad de Chagas

1. Delimitar las áreas de infestación de triatóminos, identificación de las especies existentes y positividad de los especímenes a *T. cruzy.*
2. Promover la educación para la salud y el mejoramiento de la vivienda como medidas eficaces de control de triatóminos para evitar la transmisión de la enfermedad.

Leishmaniosis

1. Suministrar tratamiento a todos los casos.
2. Delimitar las áreas con presencia del vector y cuando es necesario realizar control químico antivectorial.

Virus del Oeste del Nilo

1. Identificación taxonómica de las especies de mosquitos de las localidades centinelas.
2. Identificación taxonómica de las aves que sean residentes, migratorias o que mueran de manera inusual o que tengan una sintomatología similar a la enfermedad.
3. Vigilancia sobre equinos, zoológicos y áreas del estado con presencia de cocodrilos, UMA.

Paludismo

1. Impedir la reintroducción del paludismo en áreas libre de transmisión, mediante acciones de Vigilancia Epidemiológica y del control del vector en áreas de alto riesgo por colindancia en estados endémicos y tránsito de migrantes.

2. Mantener en cero la incidencia de *P. vivax* e impedir la reintroducción del *P. falciparum*.
3. Alcanzar los valores malariométricos estimados por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
4. Mantener bajas o nulas densidades de anofelinos en localidades de riesgo
5. Llevar a cabo en un futuro mediato la certificación de áreas libres de transmisión.

Dengue

1. Establecer programas municipales, interestatales, efectivos e integrales para la prevención y control el dengue en zonas prioritarias.
2. Establecer un sistema efectivo de gestión de recursos, con la participación de los 3 niveles de Gobierno.
3. Coadyuvar a reducir al menos 40% de los casos esperados.

Marco jurídico

La respuesta organizada para la prevención, protección y promoción de la salud en materia de enfermedades transmitidas por vectores se ampara en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud y en las Normas Oficiales específicas.

La revisión y actualización constante de la normativa vigente será una acción permanente a fin de que el marco jurídico permita mejores intervenciones acordes a la evolución del grupo de padecimientos trasmitidos por vector, de acuerdo a la siguiente lista de ordenamientos:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud
- Plan Nacional de Desarrollo
- Programa Sectorial de Salud

- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
- Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2, Para la Vigilancia, Prevención y Control de la intoxicación por Picadura de Alacrán.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud

Artículo 1º La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social [1,2].

Artículo 2° El derecho a la protección de la salud, finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 3° En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV,

de esta Ley; II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud; IX. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos; X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país; XI. La educación para la salud; XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre; XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico; XV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles; XXII. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación [2].

Artículo 4° Son autoridades sanitarias:

El Presidente de la República; II. El Consejo de Salubridad General; III. La Secretaría de Salud, y IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal [1,2.]

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3°. fracción XV, 13 apartado A), fracción I, 133 fracción I de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43 y 47 fracción IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; y 7 fracciones V, XVI y XIX, y 37 fracciones I y VI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, que con fecha 21 de noviembre de 2000, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades. Que con fecha 8 de enero de 2001, en cumplimiento del

acuerdo del Comité y lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma [2].

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica

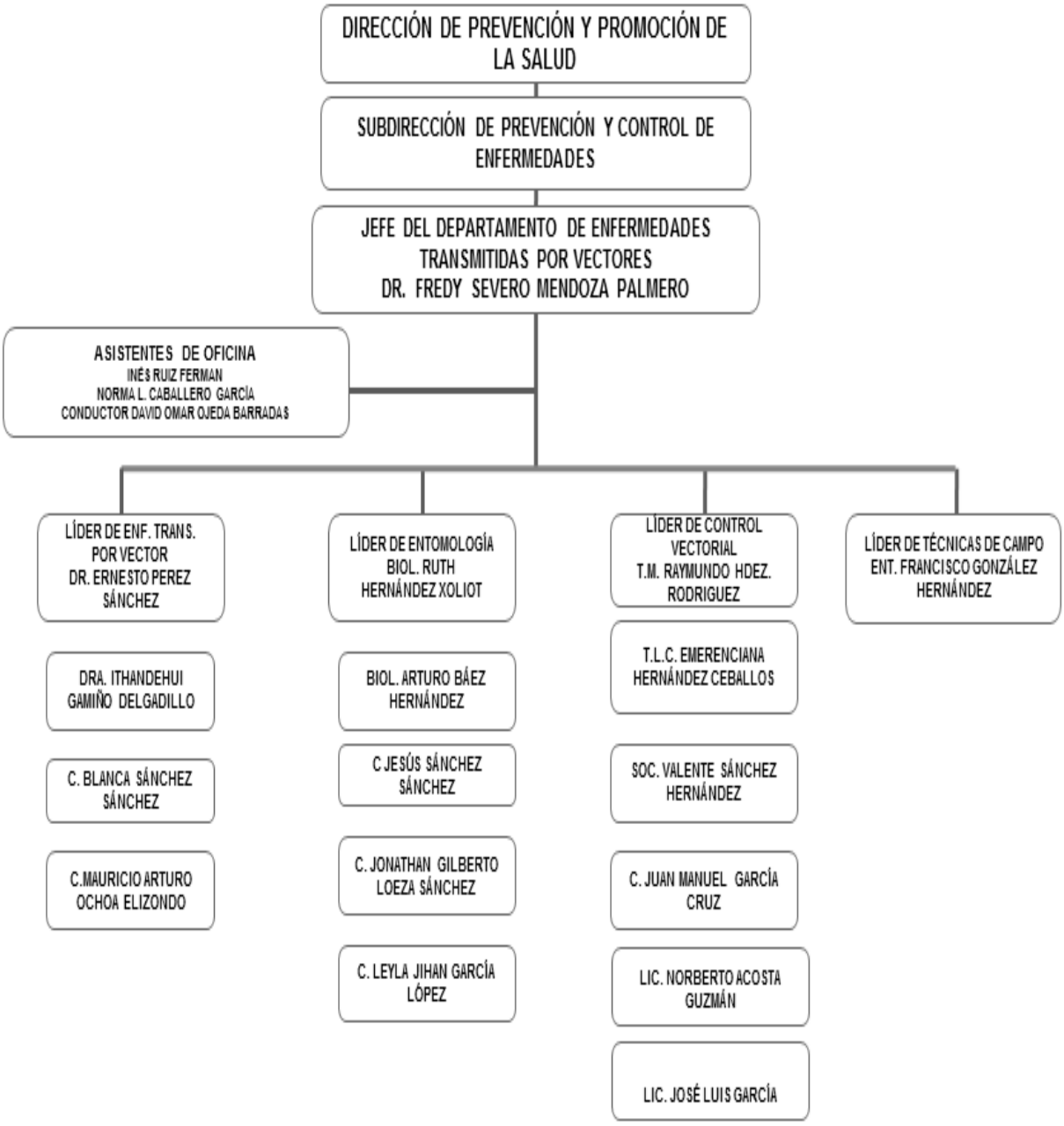
Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones XV y XVI, 5o., 13, apartado A, fracción I, 27, fracción II, 59, 133, 134, 135, 136, 139, 141, 143, 148, 151, 154, 181, 343, 345, 351, 353, 393 y 404 de la Ley General de Salud; 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 45 de la Ley de Información Estadística y Geográfica; 38, fracción II, 40, fracciones XI y XVIII; 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 12, 23 y 68 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional y 34, fracciones IV, VI y VIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se expide la siguiente Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica [2].

Norma oficial Mexicana NOM-033-SSA-2002, Para la Vigilancia, Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán.

Roberto Tapia Conyer, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º de la ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3º fracción XI, 13 apartado

A, fracción 1,133 Fracción 1 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, fracciones III y XI, 41,43 y 47fracción IV de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, y 7 fracciones V, XVI y XIX, y 37fracciones I y VI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud [2].

Organigrama del departamento de enfermedades transmitiditas por vector



Áreas del departamento de control de enfermedades transmitidas por vector

El Departamento está distribuido en tres áreas: entomología, epidemiología y control químico, las cuales están vinculadas para el cumplimiento de los 5 programas.

Funciones de las áreas:

Áreas	**Funciones**
Entomología	Monitoreo de los vectores Análisis del vector en sus estadios
Epidemiología	Vigilancia epidemiológica para la detección de casos de las enfermedades transmitidas por vectores Cercos sanitarios
Control químico	Estrategias para el control y eliminación de los vectores a través de insecticidas

Fuente: Departamento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vector

Funciones del Jefe de departamento de enfermedades trasmitidas por vector

Coordinar los programas de Chagas, dengue, leishmaniosis y paludismo, en estrecha vinculación con los líderes de programa de su Departamento, según lineamientos del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE); así como también con las áreas de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, atención médica, fomento de riesgos sanitarios y el Laboratorio Estatal de Salud Pública; conforme a la normatividad para las diversas acciones de vigilancia, prevención y control de padecimientos, así como a políticas, situación epidemiológica y objetivos establecidos.

Elaborar los programas para el control de los padecimientos de Chagas, dengue, leishmaniosis y paludismo; así como de la elaboración de sus respectivos presupuestos de financiamiento de aportación federal y estatal.

Gestionar ante las diferentes áreas dependientes de la Dirección Administrativa, las necesidades para la operación de los programas a nivel jurisdiccional.

Mantener vinculación con las Instituciones del sector salud para beneficios en el combate de las enfermedades transmitidas por vector.

Dirigir los programas en base a las normas oficiales para el control de enfermedades transmitidas por vector.

Vigilar y supervisar a nivel jurisdiccional la aplicación correcta de los programas en apego a las metas operativas mensuales, trimestrales y anuales, que se rigen por los indicadores federales.

Planear, organizar, dirigir y controlar, todas las acciones tendientes a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector en beneficio de la población humana.

Instrumentar y operar las actividades necesarias para el logro de la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

Adecuar y orientar los programas de control de enfermedades transmitidas por vector, de acuerdo a las necesidades locales y de las políticas y estrategias de la Secretaría de Salud Federal, considerando la estructura programática vigente, para brindar un paquete integral de servicios a la población.

Reforzar la coordinación entre los diferentes niveles técnico-administrativos y con otras instituciones del sector salud y afines para establecer estrategias adecuadas y lograr controlar y disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmitidas por vector.

Vigilar la observancia de los marcos legales y normativos para la operación de los programas preventivos en el contexto estatal de salud.

Analizar y explicar las estadísticas que en materia de prevención y control de enfermedades transmitidas por vector se generen en los ámbitos estatal, regional,

jurisdiccional e interinstitucional, para que sirvan de base en la toma de decisiones.

Realizar y cumplir las funciones necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores, las que establezca la Ley General de Salud y las que emanen de los compromisos nacionales e interinstitucionales en materia de salud pública.

Difundir y vigilar la operación de las Normas Oficiales Mexicanas para la prevención y control de cada una de las enfermedades arriba mencionadas, mismas que son de observancia obligatoria en todo el territorio mexicano, son de orden público y de interés nacional y su ejecución involucra a los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5º. de la Ley General de Salud.

Promocionar y difundir, con la participación de los diferentes sectores sociales, las medidas de prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vector.

Población beneficiaria

El Departamento del programa de control de vectores, se vincula con las 14 jurisdicciones sanitarias del estado de Veracruz, para brindar su servicio a la población cuya salud se encuentra en riesgo por la presencia de vectores positivos de la enfermedad del Dengue, Paludismo, Leishmaniasis, EVON y Chagas, poniendo en particular énfasis en aquellos casos probables.

Selección del problema

El Departamento de enfermedades trasmitidas por vectores de la Secretaría de Salud del estado de Veracruz trabaja en 5 programas: Paludismo, Leishmaniosis, Dengue, Virus del Nilo occidental o del oeste del Nilo (EVON) y Chagas.

La introducción a las características, así como la estructura del Departamento fue proporcionada por el Jefe quién fue el vínculo con los líderes de las diferentes áreas que lo componen, con la finalidad de conocer el trabajo que realizan y poder contextualizar cada una de las actividades para reconocer los problemas que

presentan. En general los líderes de las diferentes áreas coinciden en el tema de la promoción de la salud como principal problemática a la que se enfrentan, seguido por el monto en el presupuesto; debido a que la mayor parte del recurso es destinada al programa de dengue, disminuyendo su aportación a los demás programas.

Mediante un análisis FODA, lluvia de ideas y por unanimidad del equipo y con ayuda del Jefe del Departamento se llegó a la conclusión de que el programa de Chagas es el más apto para realizar el proyecto de intervención debido a que Chagas es una enfermedad desatendida y desconocida por la mayoría de la población veracruzana, siendo esta enfermedad endémica del estado.

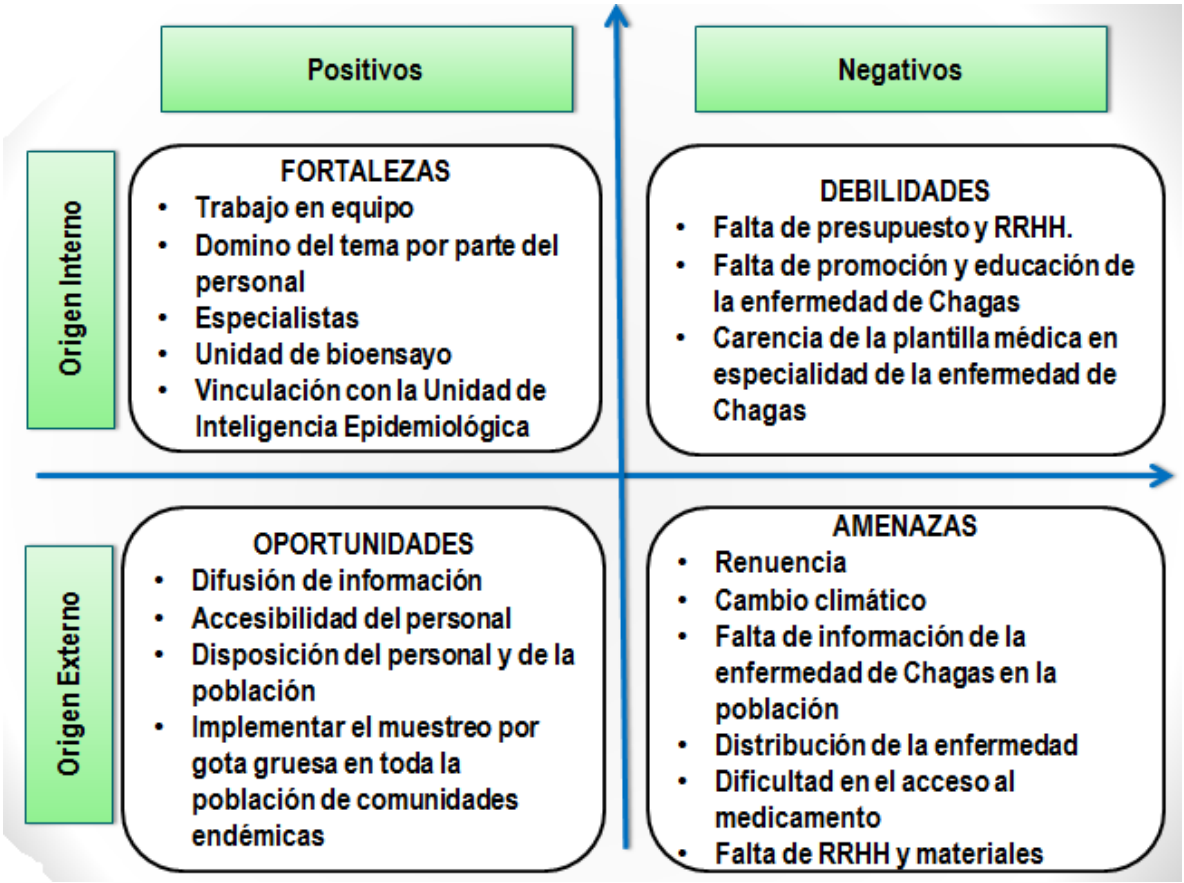
El proyecto de intervención consistirá en un modelo piloto en promoción y educación para la salud enfocado al reconocimiento del vector y la enfermedad de Chagas en la población de la Estación Chavarrillo y Chavarrillo pueblo. Cabe mencionar que la propia población participará como activadores para informar a su comunidad sobre características de vector, criaderos potenciales, signos y síntomas de la enfermedad; mediante una plática dirigida a las personas claves dentro de esta localidad para que posteriormente estas personas sean capaces de difundir la información proporcionada durante su plática, empleando el material necesario, así como un lenguaje claro y entendible por los pobladores.

Análisis FODA

El análisis FODA consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y que permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada. Thompson y Strikland (1998) establecen que el análisis FODA estima el efecto que una estrategia tiene para lograr un equilibrio o ajuste entre la capacidad interna de la organización y su situación externa, esto es, las oportunidades y amenazas.[3]

Una fortaleza de la organización es alguna función que está realiza de manera correcta, como son ciertas habilidades y capacidades del personal con ciertos atributos psicológicos y la evidencia de su competencia. Otro aspecto identificado como una fortaleza son los recursos considerados valiosos y la misma capacidad competitiva de la organización como un logro que brinda está o situación favorable en el medio social. Una debilidad se define como un factor que hace vulnerable a la organización o simplemente una actividad que la empresa realiza en forma deficiente, lo que la coloca en una situación débil.[3]

Las oportunidades constituyen aquellas fuerzas ambientales de carácter externo no controlables por la organización, pero que representan elementos potenciales de crecimiento o mejoría. Las amenazas son lo contrario de lo anterior, y representan la suma de las fuerzas ambientales no controlables por la organización, pero que representan fuerzas o aspectos negativos y problemas potenciales. [3]



Análisis en paralelo

Fuerzas/Oportunidades
Dominio del tema por parte del personal más disposición del personal y de la población: Estrategias de promoción y educación para la salud en la población.

Debilidades /Amenazas
Falta de promoción y educación para la salud dirigido a la enfermedad de Chaga más dificultad en el acceso al medicamento: Implementar promoción y educación para la salud en la población para evitar casos.

Debilidades/Oportunidades
Falta de presupuesto más disposición del personal y de la población: Intervenciones en promoción y educación para la salud invitando a los miembros clave de la población.

Fuerzas/Amenazas
Dominio del tema por parte del personal más falta de información de la enfermedad de Chagas en la población: Difundir información a la población para mejorar su situación en salud.

Marco teórico

Enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana

Enfermedad parasitaria exclusiva del continente Americano cuyo agente etiológico es el protozoario flagelado *Trypanosoma cruzi*, el cual es transmitido de forma

horizontal entre una persona enferma y una sana, por medio de la picadura de chinches Redúvidos Triatominos.[1]

Clínicamente, la enfermedad de Chagas se clasifica en tres fases: aguda, intermedia y crónica.[2]

Fase aguda

Tras la exposición inicial del parásito *T. cruzi* (normalmente a través de la inoculación de las heces del vector triatomino), las personas desarrollan una infección aguda que dura de cuatro a ocho semanas.[2] En esta fase de la infección el enfermo generalmente presenta síntomas relacionados con un estado febril agudo, dolor de cabeza, anorexia, malestar, mialgia, dolores en las articulaciones, debilidad, náuseas, vómito, diarrea, hepatomegalia, esplenomegalia y linfadenopatía generalizada o localizada, por otro lado los signos que se manifiestan principalmente es el chagoma de la región ocular llamado signo de Romaña, que se presenta como edema bi-palpebral, unilateral, de color rosado violáceo claro, indoloro y duro. Hay aumento del tamaño de la glándula lagrimal accesoria (dacriocistitis) y adenopatía satélite, los ganglios más comprometidos son los pres auriculares, que no se adhieren a planos algo sensibles y duros. Los chagomas pueden presentarse en cualquier parte de la piel, son lesiones de aspecto furunculoideo de color rosado violáceo e indurado, de duración variable, que pueden durar hasta 15 días.[3,4] El diagnóstico de la infección aguda se realiza mediante monitoreo a través de la observación del parásito en un frotis de sangre bajo el microscopio, para descartar la enfermedad actualmente se emplea la técnica de reacción en cadena polimerasa (PCR).[2]

Fase indeterminada

Pasada la fase aguda, comienza entre ocho y diez semanas donde la persona entra en un estado de cura aparente y asintomática, puede durar 10 a 30 años o indefinidamente hasta que aparecen otras manifestaciones.[5] La enfermedad sólo puede ponerse en evidencia mediante exámenes de laboratorio. Muchas personas permanecen en este período durante toda su vida y sin manifestaciones clínicas.[6]

Fase crónica

Surge de diez a veinte años después de haber contraído la enfermedad para la confirmación de la enfermedad de Chagas crónica se hace después de hallazgos clínicos del enfermo, incluyendo dentro del historial clínico la probabilidad de infección por vivir en una zona endémica.[5] En la infección crónica las personas infectadas por *T. cruzi* tienen una respuesta inmune y se convierten en seropositivos (con presencia de anticuerpos contra antígenos del *T. cruzi*), de las personas que sero convierten solo el 30 o 40% desarrollan la enfermedad crónica con presencia de signos cardiacos como arritmias y anomalías en la conducción, insuficiencia cardiaca, aneurismas apicales, embolias tales como accidentes cerebrovasculares y las embolias pulmonares y muerte súbita.Otras anomalías que se presentan son del sistema digestivo como el megaesófago o megacolon, que pueden producirse de manera consecuente con la cardiopatía y el abdomen puede distensarse en forma asimétrica. Pueden surgir complicaciones como obstrucción intestinal, vólvulos, fecalomas, úlceras o perforación intestinal o peritonitis. En el sistema nervioso central como el sistema periférico y el sistema autónomo, se han observado paresias perturbación funcional del cerebelo, convulsiones y anormalidades psiquiátricas.[2,3]

Agente etiológico

El *Trypanosoma cruzi*, es un parasito protozoario intracelular que pertenece a la familia tripanosomatidae, que está dentro del subfilo Mastigophora del filo Sarcomastigophora, orden Kinetoplastida. La mayoría de las cepas de este parásito se pueden clasificar en 2 grupos principales, *T. cruzi* I y *T. cruzi* II, que incluso se pueden dividir en diversos linajes (p. ej., *T. cruzi* IIa).[3]

Ciclo biológico del parásito

El ciclo vital del *T. cruzi* se efectúa al infectar la sangre y otros tejidos de los reservorios y en el tubo digestivo del vector, lugares en donde este protozoario sufre transformaciones que a continuación se mencionan:

En la sangre de los humanos o de otros mamíferos infectados se ha observado a los tripomastigotos fusiformes, en forma de C o de S, miden 20 µm de largo por 1 µm de anchura. En la unión de los dos tercios posteriores con el anterior se localiza el núcleo elipsoidal vesiculoso, mientras que en el extremo posterior se observa el cinetoplasto grande. El axonema parte del cuerpo basal, situado dentro de la bolsa flagelar, y corre a lo largo del cuerpo parasitario, por fuera y con pocas ondulaciones; el espacio estrecho intermedio es ocupado por la membrana ondulante. El tripomastigoto no se multiplica en la sangre del hospedero. El flagelo tiene una microestructura molecular típica de nueve pares de subunidades.[3,7]

Cuando el parásito infecta las fibras del músculo cardiaco estriado o a los fagocitados, se acorta el flagelo y se transforma en un amastigote redondo de 2 a 5 µm de diámetro, se multiplica por fisión binaria, formando "racimos o nidos" que repletan la célula hospedera hasta que se produce la ruptura. Los parásitos liberados se convierten en promastigotos y tripomastigotos e invaden otras células, para repetir el ciclo.[3,7]

Posteriormente el vector se infecta al infecta al ingerir la sangre humana o de otro vertebrado; en el intestino del triatomino se forman los epimastigotos y al cabo de 15 a 30 días, en el recto aparecen los tripanosomas metacíclicos infectantes; es decir, la transmisión sólo ocurre cuando el insecto defeca al momento de alimentarse.[3,7]

Reservorio natural

El *T. cruzi* se hospeda en mamíferos como los armadillos, marsupiales (*Didelphis* sp o tlacuaches), roedores, murciélagos y primates silvestres, además de ciertos animales domésticos como perros, gatos, incluso ratas (*Rattus rattus)* y roedores.[5]

Mecanismos de transmisión

Vector

El Trypanosoma cruzi se transmite a través del contacto con insectos triatominos, que son hematófagos obligados y de hábitos nocturnos. La mayoría

de las infecciones en el hombre se producen en zonas rurales, en donde el parásito se transmite a través de las heces del insecto cuando los insectos infectados se alimentan con la sangre de un animal u hombre. Los vectores infectados excretan los tripanosomas en sus heces durante la succión de sangre.[5,6]

Transfusional

La transmisión del T. cruzi por transfusión sanguínea ha pasado a constituir, después de la vectorial, la segunda causa de la infección chagásica en diversas regiones de América, no obstante es el más prevenible a través del control de bancos de sangre y de los donantes. Este tipo de transmisión presenta una compleja sintomatología y su manejo suele ser difícil, más que nada porque no se piensa en ella. Entre un 10 y 20% de los que se infectan no presentan sintomatología. Entre los sintomáticos, la gravedad del cuadro depende de su respuesta inmune. Por otro lado esta forma de transmisión es una de las evidencias del proceso de urbanización de la enfermedad de Chagas ya que esta vía de transmisión es causada por la migración de la población rural de áreas endémicas hacia grandes ciudades.[5,6,8]

Congénita

La transmisión del *T. cruzi* se da cuando la madre infecta a su hijo durante su embarazo. Al momento de nacer, el niño infectado habitualmente no presenta síntomas y si manifiesta estos son muy leves. En algunas ocasiones se presentan cuadros graves e incluso la muerte, ya que el niño puede presentar meningoencefalitis, megasíndromes gastrointestinales, anasarca, neumonitis y dificultad respiratoria.[2]

Trasplante de órganos

La transmisión por trasplante de órganos de donadores infectados se ha reportado, sobre todo, en casos de trasplante de riñón. Los trasplantes de

corazón, médula ósea y páncreas de donantes vivos y muertos son también posibles causas de transmisión de la enfermedad de Chagas.[5,6]

Accidental

La transmisión accidental de la enfermedad de Chagas se da en situaciones de laboratorios y hospitales.[5]

Oral

Actualmente se notifica la transmisión oral de la enfermedad de Chagas, tras la ingestión de alimentos contaminados con triatominos infectados o con sus excretas.[5]

Ciclo de vida de los triatominos

Los triatominos presentan cinco estadios ninfales, transcurridos de dos a tres días después de emerger. Durante el estado juvenil, las ninfas deben alimentarse a repleción cuando menos una vez, para poder mudar al siguiente fase, lo cual las hace susceptibles a la adquisición de T. cruzi desde el primer estadio ninfal, ya sea por alimentarse de un hospedero disponible o a través de la coprofagia, la cual se ha registrado en ninfas de hasta el segundo estadio. Es por ello, que las ninfas requieren estar cerca de su hospedero alimenticio o tener amplia movilidad, ya que en el primer y segundo estadio solamente pueden pasar poco más de 25 días sin alimentarse, el tercer y cuarto estadio pueden resistir alrededor de 75 días sin alimento y el quinto estadio puede resistir hasta casi 100 días sin alimento, sin embargo, en el estado adulto, muy probablemente por las necesidades energéticas de vuelo y reproductivas, solamente pueden pasar aproximadamente 60 días sin alimentación[9,10].

Los triatominos adultos se diferencian de las ninfas por sus alas anteriores y posteriores bien desarrolladas y por ser sexualmente maduros, con los genitales completamente desarrollados. La cantidad de huevos producidos por las hembras está correlacionada con la cantidad de sangre ingerida[9].

Figura 1. Ciclo de vida de la chinche o talaje

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina

Ciclos epidemiológicos de la transmisión

En esta enfermedad, se presentan ciclos silvestres sin participación del hombre y los ciclos domiciliarios con su participación, los cuales son integrados y son interdependientes. Recientemente se indica que la naturaleza se puede encontrar, al menos, dos grupos principales de T. cruzi. El primero está vinculado con el ciclo doméstico, produce infecciones y alta morbilidad en los seres humanos. El segundo está asociado con el ciclo silvestre, provocando infecciones más leves y menor morbilidad en los humanos. Hay tres ciclos de transmisión de *T. cruzi* en los que interviene el vector:[3,11]

El ciclo doméstico

La infección perpetúa en los seres humanos. Se presenta principalmente en viviendas rurales o periurbanas de mala calidad, con paredes de bajareque o adobe y techos de material vegetal. Los principales reservorios del parásito son los seres humanos, perros y una gama enorme de animales peridomésticos, especialmente *Didelphis marsupialis* que desempeña un papel epidemiológico muy importante en la transmisión del parásito. Los insectos vectores domiciliados viven y se multiplican en grietas de las paredes, agujeros del techo, debajo y detrás de los muebles, de los cuadros y en los anexos peridomiciliares tales como gallineros, pilas de leña y arrumes de piedras o ladrillos. Es el caso de *Triatoma infestans*, principal vector domiciliado en los países del cono sur del continente y

Rhodnius prolixus y *Triatoma dimidiata* en los países andinos y centroamericanos y *Triatoma barberi* en México.[3,11]

El ciclo peridoméstico

Intervienen gran variedad de mamíferos como roedores, marsupiales y perros, que entran y salen libremente de las viviendas y triatomas selváticos atraídos hacia las casas por la luz y el alimento. Este ciclo sirve de nexo entre los ciclos doméstico y selvático. Estudios recientes en Centroamérica y en los países andinos han demostrado una enorme capacidad de desplazamiento de algunos insectos vectores, como *Triatoma dimidiata* en el peridomicilio de extensas regiones endémicas.[3,11]

El ciclo selvático

A lo largo del Continente Americano se han descubierto más de 180 especies o subespecies de pequeños mamíferos silvestres, terrestres o arbóreos, pertenecientes a siete órdenes y 25 familias que son infectados de forma natural por *T. cruzi*. Intervienen triatominos selváticos que se infectan y que, a su vez, infectan a roedores, marsupiales y otros animales silvestres, tales como armadillos y muchas especies de roedores. Varias especies de triatominos conforman el ciclo silvestre de *T. cruzi*, tales como *Panstrongylus geniculatus*, *Rhodnius colombiensis*, *Rh. brethesi, Rh. Robustus* y *Rh. pallescens*, entre otros.[3,11]

Proceso educativo en la enfermedad de Chagas

Hace algunos años se vio la necesidad de un proceso educativo destinado a controlar la enfermedad de Chagas, junto con ciertas recomendaciones para la implementación de esas medidas. También se estableció como elemento fundamental la cooperación de la comunidad para introducir medidas de control contra los redúvidos domésticos y para crear mejores condiciones de vivienda y de la higiene general.[12]

El papel de la educación para la salud se considera como esencial ya que a través de ella habido un progreso considerable en el mejoramiento de la salud mundial

según la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la salud (1978) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (Ottawa 1986).[13]

Es así que se entienda que la educación para salud es aquel proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.[1]

Se considera a la educación para la salud es un elemento esencial de la promoción de la salud, considérese que esta última se basa en la interpretación social y cultural de la salud y en la enfermedad, por tanto es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; el cual se lleva a cabo a través de la acción intersectorial.[13]

Es decir que tanto la promoción de la salud y la educación para salud tienen propósito de mejorar el acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, con el fin que la gente obtenga un mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar. Los conocimientos a los que se hace referencia aquí no sólo se refieren a la difusión de datos sencillos sobre la salud, sino también a la difusión de otros tipos de información y habilidades.[13]

Las políticas de la promoción de la salud parten de la acción comunitaria. Donde las iniciativas locales se apoyan a través del suministro de conocimientos, información y capacitación relevantes. Al reconocer la función de los factores ambientales y sociales para alcanzar y conservar la salud, las iniciativas comunitarias consisten en abogar por ellas o en emprender acciones políticas, con el fin de crear un ambiente propicio para la salud.[13]

Los programas que influyen en la conducta en salud, incluidos los relacionados con la promoción de la salud y la educación para la salud, así como las intervenciones, tienen mayores probabilidades de beneficiar a sus participantes y a las comunidades cuando se basan en una teoría de la conducta en salud. Las teorías de la conducta en salud identifican los objetivos del cambio y los métodos para conseguir los cambios. Además, fundamentan la evaluación de los cambios,

al ayudar a identificar los resultados que serán medidos, así como el momento y los métodos de estudio que se utilizarán.[14]

Es así que el modelo en creencias de salud fundamente un proceso educativo de la enfermedad de Chagas ya que sido uno de los primeros modelos que adopto la teoría de las ciencias conductuales a los problemas de salud ya que explica los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Este modelo trata de una inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.[15]

El modelo en creencias de salud consta de seis elementos que explican como las personas cambian o adoptan una conducta al verse vulnerables y susceptible ante la enfermedad. A continuación se explican brevemente en qué consisten:[14]

- Susceptibilidad percibida: las personas se consideran susceptibles a una enfermedad.
- Gravedad percibida: creen que la enfermedad puede tener consecuencias potencialmente graves.
- Beneficios percibidos: creen que la línea de conducta que se les recomienda podría ser beneficiosa para reducir la susceptibilidad a la enfermedad o la gravedad de la misma
- Obstáculos percibidos: creen que los obstáculos previstos para la toma de alguna decisión para el cambio de comportamiento (o el costo de esa decisión) son superados por los beneficios.
- Ejemplos para la acción: motivan la disposición a actuar, como las manifestaciones corporales o sucesos del entorno que estimulen una acción.
- Autoeficacia: es la convicción de que uno puede desempeñar con éxito una acción para obtener resultados.

La realización de un proyecto educativo para el conocimiento de la enfermedad de Chagas y la identificación del vector se manifiesta como una posible respuesta

para el control y eliminación de la enfermedad que puede ser mediado por la población al adquirir los suficientes conocimientos. De ahí que se defina al proyecto educativo como un plan en el que se establece como objetivo principal resolver, de manera organizada y precisa, un problema educativo previamente identificado en su realidad, tanto en las necesidades a satisfacer como en el uso de recursos disponibles: humanos y tecnológicos, respetando las limitaciones administrativas, económicas y académicas.[16]

Scaling-up

Es el proceso de llegar a un mayor número de público objetivo en un área geográfica más amplia mediante programas eficaces e institucionalizados. El uso del Scaling-up es importante ya que en vista de que los recursos son limitados, y las necesidades en salud son muy grandes, es importante planificar los programas con la finalidad de que lleguen a la mayor cantidad de la población objetivo como sea posible. El uso de esta técnica contribuirá a lograr este objetivo[17].

Una planificación adecuada es un componente importante del proceso de ampliación de esta técnica. Para mover un programa a escala, la institución y sus actores deben estar involucrados desde el principio hasta la culminación del proyecto[18].

Un proyecto de escala presenta cuatro claves o enfoques estos son: La expansión planeada, es decir ampliar el número de sitios y el número de personas atendidas por un particular, el modelo del programa, una vez que ha sido probado un piloto y se muestra para tener éxito, este se lleva acabo. La asociación, ampliando el tamaño del programa y la cobertura a través de esfuerzos y alianzas comunes a través de una red de las organizaciones. El acrecentamiento, la adición de una nueva iniciativa para un programa existente.[17,18]

Marco empírico

La enfermedad de Chagas es endémica en la región de las Américas con cerca de 8 millones de personas infectadas por el parásito T. cruzi, existen diferentes medidas de control de la transmisión de la enfermedad de los cuales la educación para la salud ha sido una de las herramientas más eficaces y como medida preventiva.[19] Aunado a esto un componente de gran relevancia es conocer el nivel de conocimientos tienen los habitantes de comunidades de zonas endémicas sobre la enfermedad de Chagas y medidas de saneamiento básico con la finalidad de que sean capaces de conocer su realidad y sean actores de su propio bienestar. Debido a lo siguiente se describen algunos estudios donde la herramienta principal de control es la implementación de educación para la salud o la medición del nivel de conocimiento en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas.[19]

Ávila Montes y col. en el periodo de noviembre a diciembre 1991 y marzo 1993 realizó un estudio en 17 comunidades rurales de la parte central de Honduras correspondientes a dos zonas endémicas de la enfermedad de Chagas fueron entrevistados un total de 849 adultos con el objetivo de comparar ambas zonas sobre el conocimiento de la enfermedad de Chagas y sus mecanismos de transmisión, prácticas para evitar la presencia de triatominos en viviendas, creencias acerca de los triatominos y su control, al igual que las fuentes de donde obtienen información. El cuestionario fue estructurado en 23 preguntas. Casi el 100% de la población puede reconocer el vector y conocían sus hábitos, pero solo el 30.1% de la población lo reconocen como el vector responsable de la enfermedad. El 47.9% considera que la responsabilidad de eliminar los triatominos es personal, sin embargo un 78% consideraron que la medida de control es responsabilidad institucional y la principal fuente de información resultó ser los funcionarios institucionales junto con la comunidad[20]

En este estudio concluyeron que dentro de la planificación se debe incluir la educación sanitaria y deben ser transmitidos por canales de comunicación interpersonal para obtener un mayor impacto.[20]

En un siguiente estudio realizado por Ávila Montes y col en 2 comunidades de la parte central de Honduras reconocidas como zonas endémicas de enfermedad de Chagas se hizo una selección de una comunidad control (Concepción del Horno) y otra de intervención (La Sampedrana) el criterio de selección fue por la presencia del vector en las viviendas concentradas en un núcleo poblacional rural en total fueron 100 viviendas con características socioeconómicas y geográficas similares y con el antecedente de no tener previas intervenciones.[19]

Se realizó unas encuestas de conocimientos actitudes y prácticas pre-intervención y post-intervención. Al igual que encuestas entomológicas en búsqueda de triatominos. La intervención en las comunidades consistió en educación sanitaria llevada a cabo utilizando técnicas interpersonales como visitas domiciliarias, sesiones comunales con grupos organizados, veladas culturales y concurso de "casa modelo" libre de condiciones para la colonización del vector.[19]

El nivel de conocimiento en la encuesta pre-intervención sobre la enfermedad de Chagas, mecanismos de transmisión y síntomas de la enfermedad fue similar en las dos comunidades dado que solo el 1.1% de los sujetos relacionó la enfermedad de Chagas con afecciones cardiacas. El conocimiento del vector fue el elemento que en un 87.4% de los encuestados identificaron como "chinche picuda", así mismo algunos conocieron los sitios de criadero y en su gran mayoría mencionaron que se alimentan de sangre.[19]

En una primera encuesta pre-intervención de conocimientos y prácticas los habitantes de las comunidades de intervención (n=91) y control (n=76) tuvieron un desconocimiento de la enfermedad importante solo el cambio de techo vegetal fue significativo.[19]

En la segunda encuesta post-intervención el porcentaje de conocimiento de la enfermedad aumento siendo estadísticamente significativo el haber oído sobre Chagas, el tipo de transmisión, los síntomas de la enfermedad, al igual si la enfermedad causa trastorno cardiaco, la acción de revolcar las paredes como medida preventiva y el cambio de techo vegetal (p= 0.000) en la comunidad de

intervención (n=86) en comparación con la control (n=55). Este estudio concluye que después de la intervención los habitantes de la comunidad de la Sampedrana demostraron un incremento en el conocimiento de la enfermedad y la relación con el vector, así mismo de las medidas preventivas que deben adoptarse contra el vector en comparación con el control.[19]

Crocco y Sanmartino realizaron en dos comunidades de Argentina (río seco y puelen) de zonas epidemiológicamente diferentes identificó sus factores de riesgo y definió el nivel óptimo de conocimientos sobre la enfermedad de Chagas que debe poseer todo habitante de áreas endémicas al igual que el nivel medio de conocimientos de los habitantes de dos zonas epidemiológicamente diferentes de Argentina en ambas regiones. En cada comunidad participaron todos los docentes y alumnos mayores de 10 años y los jefes de familia de las viviendas visitadas. El nivel de conocimiento fue clasificado de acuerdo a 25 preguntas sobre los conocimientos esenciales sobre la enfermedad, se determinó el nivel de conocimientos de los jefes de familia a través de una entrevista grabada y por encuestas para medir el nivel medio de conocimiento en docentes y alumnos. Los resultados obtenidos fueron para el nivel de conocimientos se le atribuyó a las 25 nociones básicas del conocimiento un valor de 100 para esto la comunidad de río seco superó la mitad de dicho valor en cambio tanto docentes de puelén, ni alumnos y jefes de familia de ninguno de los departamentos alcanzaron un nivel medio de conocimientos. Los resultados indicaron un limitado nivel de conocimientos de la enfermedad en el reconocimiento del estado en ninfa del triatomino y sus mecanismos de transmisión.[21]

En el 2006 Chávez-Prieto *et al*[22] realizan un estudio para determinar los conocimientos, actitudes, antecedentes y conductas ante la enfermedad de Chagas en la población de Arequipa, Perú donde se aplicó un cuestionario validado y precodificado con 39 ítems básicos de la enfermedad a los jefes de familia en total fueron 284 encuestas. Los resultados obtenidos fue en un 9.86% tiene un nivel insuficiente de conocimientos sobre la enfermedad y el 57.04% mostró un nivel bueno. Las personas de la comunidad tuvieron una actitud

adecuada ante la enfermedad de Chagas dado si la padecieran acudirían a un médico. En este estudio concluyen que el nivel de conocimiento es bueno tanto de la enfermedad como del vector, las actitudes son adecuadas, sin embargo las expectativas sobre la enfermedad se consideró pésimas.[22]

Salazar y col en 2006 realizaron un estudio de un programa educativo formado por un grupo de parasitólogos y estudiante alumnos de parasitología de la carrera de Medicina dirigido a, 72 voluntarios, de los cuales fueron 32 hombres y 40 mujeres procedentes de dos zonas de Chile; 31 de ellos de la región metropolitana una zona de baja endemia y 41 de la Comuna de Combarbalá una zona de alta endemia. Todo son pacientes Chagásicos crónicos que controlan anualmente su afección. El proyecto educativo consistió metodológicamente en la aplicación de una prueba diagnóstico que exploró el grado de información sobre especies, vectores existentes en Chile, agente etiológico y ciclo evolutivo, mecanismos de transmisión, medidas preventivas y diagnóstico.[23]

Al concluir las temáticas informativas se comparó la adquisición de conocimientos con otra prueba que evaluó los mismos contenidos que el test inicial. Se desarrollaron tres sesiones temáticas relacionadas con biología del *Tripanosoma* cruzi, epidemiología, clínica, diagnóstico de laboratorio, tratamiento y medidas preventivas además de actividades de práctica tutorial, el material utilizado para el curso fue impreso y audiovisual. Al igual que prácticas tutoriales que consistieron en sesiones interactivas que observaron preparados histológicos, piezas de museo y material audiovisual. El resultado en una escala de calificación de 1 a 7, en la región metropolitana se obtuvo un promedio 3.9 en el test de diagnóstico y un promedio de 5.2 en la prueba posterior. Mientras que para la Comuna de Combarbalá fueron de 4.5 en e test diagnóstico y 5.6 promedio en el final. Concluyeron que las intervenciones de control deberían incluir el componente educativo sobre manifestaciones clínicas de le enfermedad además de control vectorial para una mejor comprensión de su realidad y la adquisición de conocimiento que le permita ser protagonista de su propio bienestar.[23]

Marco contextual de la población

Las localidades de Chavarrillo y la Estación Chavarrillo están localizadas en las coordenadas 19º26’ de latitud norte y a 96º47’ de longitud oeste en el Municipio de Emiliano Zapata, en las faldas norteñas del cerro de Tepeapulco, a unos 30 kilómetros al este de Xalapa a una altura de 880 metros sobre el nivel del mar.[24]

Según datos obtenidos del INEGI, la población total de Chavarrillo para el 2010 fue de 1409 habitantes de los cuales 702 son hombres y 709 mujeres. Por su parte, Estación Chavarrillo tuvo un total de 302 hombres y 292 mujeres dando un total de 594 habitantes para ese mismo año. Estas comunidades están ubicadas prácticamente en los límites de la región cafetalera de Coatepec, en la pendiente que va de la Altiplanicie Central a las costas Veracruzanas del Golfo de México.[24]

El clima es semicálido-húmedo; su temperatura media anual mayor de los18°C y la precipitación media de 2,779.1 milímetros. Las lluvias se registran en verano y principios de otoño con escasa precipitación pluvial en la fracción semiárida; lluvias de junio a septiembre y periodo prolongado de secas. El clima, casi siempre húmedo de la región presenta su área más seca en Emiliano zapata, varía en función de distintos factores. La altitud con respecto al mar, la existencia de amplios valles rodeados de montañas y los vientos dominantes; la gama climática abarca lo cálido lo templado y lo frio por lo que la flora, fauna y paisaje presenta una maravillosa riqueza y exuberancia.[24]

Su flora es característica de la selva baja caducifolia, con especies representativas como el nanche, cornizuelo, ceiba, entre otras especies. También presenta flora de la selva mediana subperinifolia con ejemplares como el zapote prieto, ramatinaja, papaya cimarrona, etc. Por su parte la fauna está representada por Mazacuata, cerecerta, golondrina, carpintero, gavilán pajarero, teterete, lagartijón, ratonera, pato boludo, calandria, murciélago frutero, mapache, coyote, tejón, armadillo y tlacuaches, siendo estos últimos el reservorio natural del tripanosoma.[24]

Planteamiento del problema

De acuerdo con la OMS, la enfermedad de Chagas es considerada una de las 13 enfermedades tropicales más descuidadas. Es transmitida a seres humanos y más de 150 especies de animales domésticos y mamíferos salvajes y más de 130 especies de triatominos de los cuales Triatoma Infestans (T. Infestans), Rhodnius Prolixus (R. Prolixus) y Triatoma Dimidiata (T. Dimidiata) son las tres especies más importantes de este vector que transmiten el T. Cruzi al ser humano.[25]

Descubierta en 1909[25], la enfermedad de Chagas se ubica como la tercera enfermedad infecciosa de importancia en américa latina después del SIDA y la tuberculosis.[26] Es una enfermedad potencialmente mortal[27] (15, 000 por año)[28] que afecta a casi 8 millones de personas en américa latina, de los cuales, 30 o 40% tienen o desarrollarán cardiopatía, megas, o ambas[25]. El T. Infestans ha sido el vector más importante en la región subamazónica. R. Prolixus es reportado comúnmente en centro america y T. Dimidiata se extiende más allá del norte de Mexico.[25]

A pesar de la posibilidad de transmisión por medio de la transfusión sanguínea, la contaminación congénita o el trasplante de órganos, la mayoría (más del 85%) ocurre por medio del vector, insectos de la familia Reduviidae, subfamilia triatominae, comúnmente denominados chinches besuconas.[26] Por lo general, los vectores de T. cruzi viven en las grietas y huecos de las casas mal construidas en las zonas rurales y suburbanas.

En México es difícil contar con datos epidemiológicos sobre mortalidad por Chagas, debido a la falta de experiencia en la elaboración del diagnóstico clínico,[26] aun así, estima que en 2003 1, 768, 376 personas estaban infectadas con T. cruzi en la República Mexicana.[26] El 57% de esta población es residente en zonas rurales y 8.9% en zonas suburbanas. Ocho estados (Chiapas, Veracruz, Guanajuato, Hidalgo, Puebla, Michoacán, México y Oaxaca) tienen más del 69% de los casos seropositivos (931, 643 individuos).[26] Cabe mencionar que no hay vacuna para la enfermedad de Chagas, sin embargo puede curarse si el

tratamiento se administra al poco tiempo de producirse la infección.[27] Puede tratarse con benznidazol, y también con nifurtimox, que matan al parásito. Ambos medicamentos son eficaces casi al 100% para curar la enfermedad si se administran al comienzo de la infección en la etapa aguda. Sin embargo, su eficacia disminuye a medida que transcurre más tiempo desde el inicio de la infección.[27] El uso de medicamentos para retrasar el avance de la enfermedad de Chagas puede tener reacciones adversas hasta en un 40% de los pacientes tratados y no es recomendable que se suministre a embarazadas o personas con insuficiencia hepática, enfermedades del sistema nervioso o trastornos psiquiátricos.[27]

Las medidas de control de la transmisión son diversas, sin embargo, de todas ellas, la educación para la salud ha sido una de las herramientas más eficaces como medida preventiva. De igual forma, es importante que los habitantes de comunidades que se encuentran en zonas endémicas posean información respecto a la enfermedad de Chagas y las medidas de saneamiento básico con la finalidad de lograr una sensibilización ante la problemática que esta enfermedad representa.

Si bien existe un monitoreo constante por parte de las autoridades sanitarias en busca de vectores positivos a T. cruzi, la información que recibe la población por parte del personal de las brigadas entomológicas parece ineficaz debido a las estrategias adoptadas por éstos en busca de una educación para la salud, la cual tiene como objetivo lograr cambios positivos de la conducta en salud de la población, a través de estrategias que permitan la incorporación de información útil y la apropiación de la misma.

Justificación

De acuerdo con la OMS, la enfermedad de Chagas es considerada una de las 13 enfermedades tropicales más descuidadas.[25] Se ubica como la tercera enfermedad infecciosa de importancia en américa latina después del SIDA y la

tuberculosis.[26] Es una enfermedad potencialmente mortal con 15,000 casos por año afectando alrededor de 8 millones de personas.[25]

La mayoría de las comunidades endémicas de la enfermedad de Chagas, carece de información adecuada sobre medidas de prevención y control de la enfermedad. La educación para la salud es una buena herramienta para el control de la enfermedad. Sin embargo, las estrategias educativas utilizadas en la comunidad para el reconocimiento del vector y de la enfermedad de Chagas y están ausentes en el edo de Veracruz.[29]

Aunado a este el efecto del cambio climático producto de las fuertes fluctuaciones de los ciclos climáticos aumenta la distribución temporal y espacial de la adaptación del vector, ya sea limitando su propagación o influyendo en la dinámica de la transmisión que favorecerá una posible expansión de la incidencia de la enfermedad de Chagas.[30]

De acuerdo a lo anterior las localidades rurales y semi-rurales del estado de Veracruz como Chavarrillo y estación Chavarrillo cuentan con algunas características similares a las ya mencionadas en la falta de un proceso educativo de la enfermedad de Chagas y la presencia de cambios climáticos por su ecosistema, debido a esto se sugiere la importancia de desarrollar un proyecto educativo de la enfermedad de Chagas en estas localidades. Al igual que su cercanía a la capital del estado de Veracruz pudiera favorecer la transmisibilidad de la enfermedad de Chagas por medio de la migración poblacional y del vector, siendo este un factor de riesgo que puede ser prevenible mediante estrategias educativas.

Las cuales suponen un avance en el control de la enfermedad conduciendo a los habitantes de las áreas endémicas y en específico de estas localidades a una mejor comprensión de su realidad y a la adquisición de hábitos que le permitan ser protagonistas de su propio bienestar. Es por ello que la implementación del proyecto educativo contribuye al conocimiento y desarrollo de actitudes y

prácticas en la población para la prevención y control de la enfermedad de Chagas.

Objetivo general

Implementar un proyecto educativo que incremente el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y la identificación del vector entre los habitantes de Chavarrillo y Estación Chavarrillo e identificar a las personas que de manera voluntaria acepten difundir el contenido del proyecto en otros grupos de la localidad.

Objetivos específicos

1. Identificar a las personas clave de Chavarrillo y Estación Chavarrillo.
2. Reconocer a los grupos establecidos en las localidades.
3. Determinar el nivel de conocimiento de los grupos establecidos sobre la enfermedad de Chagas y la identificación del vector.
4. Proporcionar información sobre la enfermedad de Chagas y la identificación del vector, mediante técnicas participativas.
5. Comparar el nivel de conocimiento previo con el nivel de conocimiento obtenido después de la intervención.
6. Identificar dentro de los grupos a los posibles facilitadores para difundir los contenidos del proyecto.
7. Desarrollar la carpeta del facilitador: manual, cédula de cotejo y folleto.

Meta

Incrementar el nivel de conocimiento en los grupos identificados sobre la enfermedad de Chagas y la identificación del vector.

Etapas de la intervención

El proyecto de intervención constará de dos etapas la primera será el proyecto educativo que consta de una prueba piloto del instrumento, diagnóstico inicial de la población, pláticas informativas y un diagnóstico final; en una segunda etapa se

realizará el scaling-up en el cual solo se realizará la creación de un manual del facilitador y la realización de una cédula de cotejo para fines de evaluación posterior a la ejecución del proyecto educativo para lograr la difusión de la información. Esto última la realizará el personal del Departamento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vector.

Viabilidad

Actores sociales aliados	Actores sociales oponentes
Jefe del departamento	Población
Brigadistas	Promotores
Líderes de las áreas del departamento	Lideres
Alumnos	Integrantes del grupo Oportunidades que no participen
Asesores internos	Personal del centro de salud
Población	
Agente municipal	
Vocal de Oportunidades	

La implementación del proyecto educativo en la localidad de Chavarrillo y estación Chavarrillo se reconocen los siguientes actores sociales que pueden influir en el desarrollo o trayectoria del proyecto como aliados o posibles oponentes y afecten la viabilidad de la intervención.

En la trayectoria del proyecto educativo para la construcción de la meta que se desea alcanzar se reconocen tanto obstáculos como facilitadores que faciliten u obstruyan la implementación de este.

- Facilitadores:
- Líderes de la comunidad

- Brigadistas
- Personal del departamento de vectores
- Obstáculos
- Tiempo de desarrollo del proyecto educativo
- Financiamiento
- Apatía de la población

Factibilidad

En el proyecto de intervención se contemplan algunos recursos materiales y humanos necesarios para llevarse a cabo las pláticas dentro de las cuales los esenciales son los que se describen a continuación:

Recursos humanos:

- 4 facilitadores

Recursos materiales:

- Etiquetas adheribles
- Plumones
- Tarjetas de cartulina
- Fichas
- Papel craft
- Tijeras
- Colores
- Papel bond
- Madeja de estambre
- Tachuelas
- Cinta adhesiva

Metodología

Población

Según datos obtenidos del INEGI, la población total de Chavarrillo para el 2010 fue de 1409 habitantes de las cuales 30 mujeres pertenecen al grupo del programa Oportunidades de las cuales 12 mujeres aceptaron participar. Por su parte, Estación Chavarrillo tuvo un total de 594 habitantes para ese mismo año de las 60 mujeres que pertenecen al grupo del programa Oportunidades solo 30 mujeres decidieron participar.

Mujeres pertenecientes al grupo de oportunidades de las localidades de Chavarrillo y Estación Chavarrillo, las cuales aceptaron participar voluntariamente en el proyecto de intervención.

Un total de 42 mujeres aceptaron participar, 12 pertenecen a la localidad de Chavarrillo mientras que 30 corresponden a estación Chavarrillo

Construcción del cuestionario

Se realizó un cuestionario estructurado con 18 ítems con la ayuda de expertos en el tema de Chagas este contenía un vocabulario de fácil comprensión con aspectos de la enfermedad de Chagas y la identificación del vector.

Definiciones conceptuales y operaciones de variables e indicadores

Las definiciones operacionales se pueden encontrar en el apartado de anexos.

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto en la localidad de Omiquila, Actopan localizada a una hora de Xalapa aproximadamente. Esta localidad es muy similar a las localidades de estudio en clima, temperatura, población y tipo de viviendas. Se aplicaron 16 cuestionarios estos sirvieron para hacer las modificaciones correspondientes en cuanto a redacción de las preguntas, así como el orden de estas.

Después de la reestructuración del cuestionario se analizó la falta de elementos clave para medir el nivel de información de la enfermedad de Chagas e identificación del vector. El instrumento final contiene un total de 29 preguntas, agrupadas en ocho apartados: identificación del vector, enfermedad de Chagas, mecanismos de transmisión, fases de la enfermedad, signos y síntomas, factores de riesgo y medidas de saneamiento. Este instrumento se puede encontrar en el apartado de anexos.

Este cuestionario será aplicado dos veces, al inicio de la intervención, con el objetivo de conocer el nivel de información que presentan las mujeres de Oportunidades sobre la enfermedad de Chagas y su vector y la segunda aplicación será después de la segunda plática, con el objetivo de evaluar el incremento en el nivel de información que presentan las mujeres.

Elaboración del material

Se realizará la compra del material didáctico a utilizar en las dinámicas durante las pláticas. Este material consiste en:

Etiquetas adheribles
Plumones
Tarjetas de cartulina
Fichas
Papel craft
Tijeras
Colores
Papel bond
Madeja de estambre
Tachuelas
Cinta adhesiva

Pláticas y actividades participativas

Sesión I

La primer sesión del taller consistió primeramente en hacer la presentación de los coordinadores a los asistentes, posteriormente mediante una dinámica cada participante se presentó.

La sesión I radicó en la explicación de 4 temas, los cuales fueron: características físicas de la chinche o talaje, dentro de este tema se explicó su color, su forma para así distinguirla de otras chinches; además se explicó su ciclo biológico haciendo una analogía con el desarrollo humano. La actividad participativa de este tema fueron unos rompecabezas de diferentes chinches, ellos tenían que armarlos y compartir con sus compañeros si el rompecabezas que les toco era de la chinche besucona o era otra chinche de acuerdo a las características que se les mencionaron durante la explicación.

El segundo tema correspondió a los hábitos de la chinche, aquí se trataron puntos como la alimentación de la chinche, su hábitat, la época donde es más común observarla y la parte del día donde acostumbra alimentarse. Este tema fue reforzado mediante una actividad participativa llamada “falso/verdadero” donde los coordinadores dieron una serie de oraciones y los participantes se movieron hacia la derecha si pensaban que esa oración era verdadera y hacia la izquierda si pensaba que era falsa.

La enfermedad de Chagas y sus formas de transmisión fue el siguiente tema a explicar, se inició explicando la enfermedad, por qué su nombre, y los 5 mecanismos principales de transmisión. La actividad participativa que se empleó fue una modificación del juego “la papa se quema” a la cual se le denominó “la chinche te pica”.

El cuarto tema fue las fases de la enfermedad, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento. Se desarrolló primeramente con una explicación mediante un papel bond, se explicaron las características de cada fase. La actividad participativa que

se empleo fue una línea del tiempo, a los participantes se les dio imágenes sobre diferentes signos y síntomas que sucedían en cada fase, ellos debían colocarlos en la fase a la que correspondían en la línea del tiempo.

Para evaluar las sesiones se les pidieron a los asistentes que colocaran sobre un papel bond que tenía la frase “hoy me sentí”: bien, más o menos y mal colocadas en tres columnas una palomita en la columna que represente como se sintieron en la sesión.

Finalmente se realizó la evaluación para los coordinadores, para eso se repartieron fichas donde los asistentes debían poner una calificación del 1-10 de acuerdo a como ellos consideraran el desempeño de los coordinadores. Posteriormente se agradeció a los participantes por su asistencia y se les invito a la siguiente sesión.

Sesión II

Los coordinadores dieron la bienvenida a los asistentes a la segunda sesión y posteriormente se les pidió que escribieran su nombre sobre etiquetas adheribles. Se realizó una actividad física de calentamiento para integrar a las personas. Después se llevó a cabo una lluvia de ideas sobre los temas vistos la sesión pasada.

La sesión consistió en tres temas, el primer tema fue sobre los factores de riesgo que favorecen la presencia de la chinche. Para este tema se utilizó la actividad participativa de buscar los factores de riesgo explicado por los coordinadores en una sopa de letras que fue repartida previamente.

El segundo tema tratado en esta sesión fue el de capturar la chinche, se explicó los materiales y los pasos que se deben seguir para la captura de las chinches y de la importancia de capturarlas y no matarlas. Los coordinaros repartieron una serie de imágenes a los participantes, ellos debían colocar en orden estas imágenes y describir a que paso de la captura correspondían.

El último tema tratado en el taller, fue el de las medidas de saneamiento para evitar la presencia de chinches. Se explicó la importancia de encalar las paredes, separar la cama y muebles de las paredes y el uso de insecticidas entre otras. En este caso la actividad utilizada fue un memorama, en donde las imágenes utilizadas fueron justamente medidas de saneamiento.

Resultados

Reconocimiento de las localidades

Se hizo una primera visita a la localidad de Chavarrillo de reconocimiento donde se visitó al agente municipal la cual informó que el grupo de Oportunidades, compuesto únicamente por mujeres es el único grupo bien organizado y estructurado en esa localidad, por lo cual se procedió a buscar a la única vocal de ese grupo para agendar una reunión informativa con ellas.

Ese mismo día, se visitó la localidad de Estación Chavarrillo para reconocimiento e identificación de líderes de la comunidad dicho por el agente municipal fue el grupo de Oportunidades de esa localidad con la cual se agendó una fecha de reunión con el grupo.

Cuestionario inicial

Se realizaron 2 visitas posteriores (una por cada comunidad) al Centro de Salud de Chavarrillo, en donde el grupo Oportunidades asistió a sus pláticas mensuales. Se explicó en qué consistía el proyecto de intervención y se les invitó a participar dejando muy en claro que su participación seria de forma voluntaria y que su decisión no afectaría de ninguna forma el pago del programa de Oportunidades.

En Chavarrillo hay un total de 30 mujeres pertenecientes al programa de Oportunidades de las cuales 12 accedieron a participar en el proyecto. En cuanto a la localidad de Estación Chavarrillo hay 60 mujeres inscritas a Oportunidades, de las cuales 30 aceptaron participar. Es así como se tiene un total de 42 mujeres a participar en las pláticas informativas.

Se procedió a aplicar un cuestionario inicial por la técnica de encuesta dirigida, a las 42 mujeres que aceptaron participar, con la finalidad de conocer el nivel de conocimiento que poseían respecto a la enfermedad de Chagas y el reconocimiento del vector.

Pláticas y actividades participativas

Para este momento solo participaron las 30 mujeres de la localidad de Estación Chavarrillo ya que por el grupo de las 12 mujeres de Chavarrillo decidió no continuar en el proyecto educativo.

Es así que la plática consistió en dos sesiones en las cuales se explicaron un total de siente temas; los temas vistos fueron las características de las chinches, sus hábitos, enfermedad de Chagas, Factores de riesgo relacionados a la presencia del vector, formas de transmisión, fases de la enfermedad, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento, captura de la chinche y finalmente las medidas de saneamiento. Para cada tema explicado se realizó una actividad participativa con la finalidad de reforzar el tema explicado.

Después de cada sesión se realizó una evaluación de las mismas dando como resultado un 95% de la población satisfecha por el contenido del taller en general, los materiales usados y las actividades participativas.

También se pidió a los asistentes que calificaran a los coordinadores, sobre una ficha escribieron una calificación numérica del 1-10 de acuerdo al desempeño que tuvieron los coordinadores durante el taller. Esta calificación arrojo un promedio de 9.8 en las dos sesiones.

Cuestionario final

Se realizó otra visita a Estación Chavarrillo, con el objetivo de aplicar el cuestionario final, este se contestó 3 días después de concluir las pláticas informativas. El cuestionario fue resuelto por las 30 personas de Estación Chavarrillo que contestaron el cuestionario inicial, para así poder obtener los resultados de las dos mediciones, la medición basal y la medición final.

Análisis de resultados

Descripción demográfica de la población y diagnóstico

La población de estudio correspondió a 30 mujeres del Programa de Oportunidades de la localidad de Estación Chavarrillo municipio de Emiliano Zapata, el promedio de edad de 29 sujetos fue de 49 años ± 16.47, con un máximo de 82 y un mínimo de 25 años. El 96.7% de la población se dedica a los quehaceres del hogar y todos saben leer y escribir. El grado de escolaridad más frecuente fue la primaria y secundaria en ambas con un 30%.

El 66.7% de los sujetos mencionaron que han visto una chinche en su casa, para lo cual 12 la visualizaron dentro de la casa y 7 fuera de ella.

El 50% de la población menciona que él o alguien que vive en su domicilio han sido picados por una chinche o talaje.

Tabla1. Comparación del nivel de conocimiento basal y final por dominio

	Dominio	Basal % (n=30)	Final % (n=30)	Incremento %
I.	Características de la enfermedad	14	94	80
II.	Características del vector	62	95	33
III.	Factores de riesgo	19	92	73
IV.	Medidas de saneamiento	40	91	51

Fuente: Resultados de la medición basal y final

En la tabla 1 se comparó la medición basal y final del nivel de conocimiento de los sujetos del estudio clasificados en 4 dominios con base porcentual en una escala de 0 al 100%, siendo el de mayor incremento el dominio de las características de la enfermedad con un primera medición donde la población tuvo el 14% de los

aspectos de la enfermedad como lo fue el agente etiológico, mecanismo de transmisión, fases de la enfermedad, complicaciones, diagnóstico y tratamiento. En la segunda medición después de la intervención educativa planeada sobre la enfermedad se incrementó el nivel de conocimiento al 94%, por lo que el incrementó general del dominio de una pre y post medición fue de 80%.

Al contrario el dominio II de características del vector se consideró el de mayor conocimiento por parte de la población de estudio debido a que en la medición basal se obtuvo un promedio de un 62% mientras que en la segunda evaluación concluyó con 95%, por lo que el incrementó solo fue del 33%, siendo la identificación, el hábito de alimentación del talaje y la captura del vector el de mayor conocimiento que tenían.

El dominio III hubo un incremento de 73% correspondiente a los factores de riesgo con una medición basal de 19% y en la segunda con aumentó al 92%. Mientras que el dominio IV referente a las medidas de saneamiento hubo en promedio en la población un 40% de conocimiento de ellas para lo cual después de la intervención se incrementó un 51% al mejorar en la segunda evaluación hasta el 91%.

Tabla 2. Comparación porcentual global por dominios basal y final

Dominio	%	Basal % (n=30)	Final % (n=30)	Incremento %
Características de la enfermedad	25	3.5	23.5	20
Características del vector	25	15.5	23.75	8.25
Factores de riesgo	25	4.75	23	18.25
IV. Medidas de saneamiento	25	10	22.75	12.25
Total	100	33.75	93	59.25

Fuente: Resultados de la medición basal y final

En la Tabla 2 se realizó una comparación del incremento porcentual global por cada dominio en la medición basal y la final correspondiendo a cada dominio un valor porcentual de 25% que integraron el 100% de la medición. El incremento global de la comparación de las mediciones fue de 59.25%. El dominio con mayor incremento porcentual a la comparación de las dos evaluaciones fue el de las características de la enfermedad con 20% de incremento con un valor inicial de 3.5% e incrementar al 23.5%. En segundo incremento con mayor diferencia porcentual fue el dominio de los factores de riesgo con una diferencia de 18.25%, seguido de las medidas de saneamiento con una diferencia de 12.25%. Cabe mencionar que el conocimiento con mayor porcentaje en la población fue con referencia a las características del vector con tan solo un incremento de 8.25%.

Dominio I Características de la enfermedad

Los sujetos del estudio mencionaron en un 76.7% no conocer la enfermedad de Chagas en la evaluación basal que mostró un incremento en la segunda evaluación a un 100%.

El 16.7% de los sujetos mencionaron en la evaluación basal al parásito como agente causal de la enfermedad de Chagas, mientras que en la segunda evaluación hubo un incremento del 83.3%, es decir toda la población reconoció al parásito como agente causal.

Con respecto a los mecanismos de transmisión de la enfermedad El 66.7% reconoció a la chinche o talaje como transmisor de la enfermedad de Chagas en una primera evaluación y por el contrario en una segunda evaluación aumento al 96.7%.

El 90% de los sujetos no reconoció a la transfusión sanguínea o trasplante de órganos como mecanismo de transmisión en una primera evaluación, siendo un incrementó de posterior con el 76.7%.

El reconocimiento de los mecanismos de transmisión de la enfermedad de Chagas por vía de madre a hijo, por vía oral por alimentos contaminados fueron

desconocidos totalmente en la medida basal, sin embargo en la medición final el incremento fue en aproximadamente un 70%.

Los sujetos mencionaron desconocer en un 96.7% las fases de la enfermedad, sin embargo después de la intervención educativa este mismo porcentaje incrementó en el nivel de conocimiento de las fases de la enfermedad.

La población refirió en la primera evaluación desconocer los síntomas en un 93.3% en comparación con la segunda evaluación al incrementar en 96.7%, siendo los síntomas de dolor de cabeza, nausea, vómito o diarrea con desconocimiento total. Un fenómeno semejante fue para los signos de la enfermedad al desconocer en promedio 98.35% los dos signos característicos de la enfermedad de Chagas.

La población desconocía las complicaciones originadas por la enfermedad de Chagas en un 86.7% correspondiente a las afecciones tanto cardiacas como gastrointestinales y del sistema nervioso. En la primera medición la complicación con mayor conocimiento fue la cardiaca con 13.3%, pero hubo un incremento después de la intervención de 83.4%. La afección que en menor incremento hubo fue el del conocimiento de las afecciones del sistema nervioso.

En general el conocimiento de la existencia de una prueba de laboratorio de diagnóstico de la enfermedad al igual que de un tratamiento en la primera evaluación correspondió en un 50% y 40% respectivamente y incrementaron en 50% y 56.7% en la segunda evaluación.

Dominio II Características del vector

El conocimiento del vector en la población de estudio fue el de mayor frecuencia en valor porcentual desde el inicio de la prueba correspondiente al conocimiento de la identificación del vector, hábitos de alimentación, al igual el manejo adecuado del vector.

Se identificó la época calurosa como la de mayor presencia del vector en una primera evaluación con un 80% que se incrementó al total de la población en la

segunda evaluación. Al igual que el hábito de alimentación de la chinche o talaje fue identificado desde un principio durante la noche en la primera medición que para la segunda la totalidad de la población lo reconoció así.

La principal fuente de alimentación del vector referida en la primera evaluación fue la sangre de humanos con un 80% mientras que de animales domésticos y de granja en un efecto contrario fue el desconocimiento de esta fuente en un 73.3% correspondiente para las dos. En la evaluación correspondió a un 80% el reconocimiento de la sangre de animales de granja como fuente de alimentación y el 80% de animales domésticos.

El conocimiento del manejo de la chinche o talaje por parte de la población de estudio en un inicio fue inadecuado al referir que el 70% la mataba al verla y solo el 26.7% respondió adecuadamente el llevarla a la unidad médica. Después de la intervención educativa se identificó un incremento del 70% en la acción de capturarla siendo que en la totalidad de la población mostró un conocimiento adecuado mientras que el conocimiento del manejo del vector con respecto a la referencia de llevarla a su unidad médica también incremento en 70%.

El conocimiento de los pasos adecuados para la captura de la chinche o talaje incremento solo 10%, sin embargo desde la primera medición el 86.7% de la población respondió adecuadamente la captura de la chinche reafirmando que los sujetos de estudio tenían un adecuado nivel de conocimiento de las características de la chinche o vector.

Dominio III de los factores de riesgo

El 70% de los sujetos en la medición basal mencionaron no conocer como factor de riesgo tener animales dentro de la casa, en cambio en la medición final si conocían esta información en un 93.3%.

En la primer evaluación basal los sujetos refirieron en un 76.7% no saber que la poca ventilación e iluminación en la casa favorece la presencia de la Chinche, sin embargo ya en la evaluación final el 86.7% si sabían de esta información.

En un inicio el 40% de los sujetos indicó no conocer que la falta de aseo favorece la presencia del vector en su casa, pero ya para la evaluación final el 90% de los sujetos ya tenías conocimiento de esta información.

El 53.3% de los sujetos en la evaluación basal conocían que la presencia de pared de adobe, ladrillos sin revoque o de piedra favorecía la presencia de la Chinche en su casa, pero ya para la evaluación final el 100% sabía de esta información.

Al comienzo el 63.3% de los sujetos conocían que en las grietas y ranuras de las paredes habita la chinche, después el 100% de los sujetos ya sabían de esta información.

El 30% de los sujetos en la medición inicial sabía que en las cajas o ropa amontonada puede estar la chinche escondida posterior a la intervención el 86.7% de los sujetos conocía de esta información.

El 43.3% de los sujetos en la medición basal conocían que atrás de los muebles y cuadros puede estar viviendo la Chinche y para la medición final ya conocían de esta información un 96.7% de los sujetos.

En la primera medición basal los sujetos refieren saber que las tejas, las vigas y el techo de palma favorecen la presencia de Chiche en un 30%, 33.3% y 16.7% respectivamente, sin embargo para la medición final hubo un incremento de sujetos que conocían en un 86.7%, 90% y 90% respectivamente que las tejas, las vigas y el techo de palma favorece la presencia de la Chinche.

El 36.7% de los sujetos en la medición basal reconoce que en los gallineros y corrales puede estar la chinche ya para la medición final el 96.7% de los sujetos sabía de esta información.

En cambio 43.3% de los sujetos en la evaluación inicial conocían que la chinche puede estar en escombros pero ya para la evaluación final el 90% de los sujetos mencionan conocer esta información.

El 56.7% de los sujetos al inicio de la intervención sabían que en los montones de leña u otros materiales se puede esconderse la chinche, posterior a la intervención el 96.7% de los sujetos ya conocían esta información.

Dominio IV de las medidas de saneamiento

El 33.3% de los sujetos en la medición basal decía conocer como medida preventiva encalar paredes para evitar la presencia de las chinches posteriormente en la medición final ya había 93.3% de los sujetos que conocían esta condición.

En un 26.7% los sujetos en un inicio conocían como medida preventiva alejar la cama y muebles de la pared para evitar la presencia de la chinche en esas zonas, pero después de la intervención aumento el número de sujetos a 93.3% que conocían esta información.

De un 50% de sujetos que no conocían como medida preventiva limpiar detrás de cuadros y muebles para evitar la presencia de la chinche se redujo a un 6.7% que todavía no reconocen esta medida preventiva.

El 70% de los sujetos en un inicio de la intervención mencionan no conocer como medida preventiva tener la casa ventilada e iluminada para evitar la presencia de la chinche lo que posteriormente se redujo a 10% de los sujetos que siguen sin reconocer esta condición.

El 63.3% de los sujetos en la medición basal conocían que mantener limpia la vivienda disminuye la presencia de la chinche, sin embargo en la medición final el 93.3% ya sabía de esta información.

El 36.7% de los sujetos en la evaluación inicial conocían que tener a los animales limpios y alejados de su casa evita la presencia chinches, posteriormente en la evaluación final ya el 86.7% de los sujetos conocía esta información.

Un total de 43.3% de los sujetos en la medición basal indicaron conocer que el uso de insecticidas disminuye la presencia de chinches ya para la medición final había 86.7% de sujetos que conocían esta información.

Redes

Al inicio de la medición basal el 96.7% del total de los sujetos menciono que nunca ha recibido información de la enfermedad de Chagas por parte de su familia y vecinos, así mismo los medios de comunicación solo han informado al 10% del total de los sujetos, seguido a esto solo el 50% del total de los sujetos refiere haber sido informado de la enfermedad de Chagas por parte del personal de salud y un 53.3% del total de los sujetos menciona que nunca nadie le ha dado información de la enfermedad de Chagas.

Participación

En la medición basal como final el 100% de los sujetos afirma que estaría dispuesto a compartir la información sobre la enfermedad o mal de Chagas a otras personas de su comunidad.

Carpeta del facilitador

Producto de esta intervención, se elaboró una carpeta del facilitador, a cual incluye:

- Manual del facilitador
- Cédula de cotejo
- Folleto

Manual del facilitador

Se elaboró un manual para el facilitador en el que se encuentra descrito como realizar la plática informativa con la finalidad de que esta se pueda reproducir en otras poblaciones.

Este manual engloba una descripción detallada de cada tema que fue abordado durante las dos sesiones, además contiene todas las actividades participativas que se utilizaron como reforzamiento de los temas vistos. Dentro de este manual también se encuentran las cartas descriptivas con las actividades que se llevaron a cabo, la descripción de esas actividades, el objetivo, los materiales que se emplearon y el tiempo que duro cada actividad.

Cédula de cotejo

Se construyó una cédula de cotejo de los materiales utilizados en las sesiones. También contiene los temas vistos en estas y sus actividades participativas. Esta se ubica en los anexos.

Folleto

El departamento de control de enfermedades transmitidas por vector cuenta con un folleto informativo, el cual fue elaborado por el departamento de promoción en salud. Este folleto cuenta con un diseño atractivo, impreso en papel de alta calidad y en tamaño doble carta, lo que representa un gasto mayor que si se imprimiera en un formato más pequeño, además, un formato más pequeño representa menor costo, con lo cual pueden imprimirse más copias para cubrir una mayor cantidad de población.

Después de una revisión y análisis de la información contenida en el folleto, y por recomendación de un experto en comunicación en salud, se decidió reestructurarlo, agregando información de importancia para la población y eliminando aquella que resultaba innecesaria y se redujo el tamaño del folleto. Una imagen de la propuesta de folleto se encuentra en el apartado correspondiente a los anexos.

Discusión

La enfermedad de Chagas es considerada por la OMS como una de las 13 enfermedades tropicales descuidadas que afecta aproximadamente a 8 millones de personas en América con 15, 00 casos por año [25]. Las estrategias de control

de la enfermedad han partido desde acciones entomológicas, al igual que intervenciones en comunidades de mejoramiento de las condiciones de las viviendas. Una estrategia que ha tenido resultados positivos probados es la educación para la salud, siendo esta una herramienta para generar en las comunidades endémicas un cambio actitudes y desarrollar habilidades enfocadas en la mejora las condiciones de vivienda y hábitos de higiene que eviten sumar el riesgo de mantener el vector dentro del hogar [1,12]. Debido a que la mayoría de las comunidades endémicas de la enfermedad de Chagas, carece de información adecuada sobre medidas de prevención y control de la enfermedad [29].

Ejemplo de esto es un estudio realizado por Áviles y col un estudio en 17 comunidades de la parte central de Honduras correspondientes a dos zonas endémicas de la enfermedad de Chagas donde el reconocimiento del vector por la población fue de un 100%. Este resultado es muy semejante al encontrado en nuestro estudio al considerar en las dos mediciones basal y final un conocimiento adecuado e identificación del vector con un valor porcentual de 83.3% basal y 100% en la evaluación final considerando que la chinche o talaje es parte del hábitat y fauna de las comunidades rurales.

En un estudio posterior de Ávila Montes y col en 2 comunidades de la parte central de Honduras reconocidas como zonas endémicas de enfermedad de Chagas el nivel de conocimiento en la encuesta pre-intervención sobre la enfermedad de Chagas, mecanismos de transmisión y síntomas de la enfermedad fue similar en las dos comunidades dado que solo el 1.1% de los sujetos relacionó la enfermedad de Chagas con afecciones cardiacas.

En el estudio en la comunidad de Estación Chavarrillo se consideró que la población en la medición basal sólo el 6.7% tuvo conocimiento de los síntomas de la enfermedad y el mecanismo de transmisión que en su totalidad se desconoció fue la transmisión de madre a hijo, y vía por alimentos contaminados, sin embargo la población de estudio sí reconoció a la chinche como transmisor de la enfermedad de Chagas en un 66.7% en la evaluación basal. Esto nos hace suponer que la población tenía conocimiento previo, o bien que la estructura de la

pregunta no fue suficientemente clara que no logró medir en realidad el conocimiento basal de las mujeres.

Conclusión

Se identificó y reconoció a los actores clave de la población de Estación Chavarrillo.

No se llevó acabo la plática informativa en la población de Chavarrillo ya que el grupo de oportunidades mostro apatía en cuanto al tema lo que desencadeno en la falta de asistentes.

La técnica participativa empleada en la intervención logró el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento en los asistentes.

Con base en los resultados, esta intervención logró un incremento porcentual en el nivel de conocimiento de la enfermedad de Chagas y su vector, por lo que este proyecto podría ser replicado para atender otros problemas de salud pública e incluso se puede llevar acabo en otras poblaciones con características similares.

Los participantes con puntuaciones más altas podrían ser considerados para difundir la información en sus redes. En un futuro ellos podrán proporcionar la información necesaria a sus familiares o miembros de su comunidad con la finalidad de que la información sea difundida al mayor número de personas como sea posible.

Recomendaciones

- Validar el instrumento para asegurar que realmente mide aquello se pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido
- Reconsiderar el grupo de trabajo, cambiar el grupo de trabajo por otro grupo más organizado, por ejemplo las escuelas, un grupo de la iglesia, equipo deportivo, etc.
- Reforzar la vinculación entre el departamento de vectores y el departamento de promoción.

- Concientizar a los grupos renuentes para lograr su participación.
- Considerar la edad de los participantes cuando se planee las actividades participativas.

ANEXOS

Anexo I. Definición de variables

Cédula de diagnóstico

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	indicador	Escala de medición	Ítem	Referencia
Ubicación del Triatoma dimidiata	Espacio o lugar determinado donde ha sido visualizado el vector	Se refiere al lugar donde el entrevistado responda haber visto al vector y las categorías son las siguientes: • Intradomiciliario: el vector se encontraba dentro de los límites de la propiedad construidos para actividades como comer, dormir, convivir o resguardarse. • Peridomiciliario: el vector se encontraba dentro de los límites de la propiedad pero no dentro del área utilizada por los habitantes para dormir, comer, convivir o resguardarse.	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	1 y 2	• Torres-Montero J, López-Monteon A, Dumontiel E, y Ramos-Ligonio A. (2012)
Picadura de chinche	Se refiere a la contaminación con deyecciones de triatómicos	Afirmación de la picadura de la chinche o talaje (vector) que transmite el agente causal de la enfermedad de	Frecuencia de afirmación de picadura	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	3	• Guía de Diagnóstico, Tratamiento

	infectados por la picadura a un hospedero susceptible.	Chagas.	de la chinche o talaje			y Prevención de la Enfermedad de Chagas. Febrero 2011. Ministerio de Salud de Chile.

Cuestionario

Apartado enfermedad de Chagas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición	Ítem	Referencia
Enfermedad de Chagas	Enfermedad parasitaria exclusiva del continente Americano cuyo agente etiológico es el protozoario flagelado Trypanosoma cruzi, el cual es transmitido de forma horizontal entre una persona enferma y una sana, por medio de la picadura de chinches Redúvidos Triatominos.	Afirmación del entrevistado al referir que el agente etiológico es un parásito (T. cruzi).	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Del 4 al 14	• NOM 032 ssa2-2002. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. • Organización Panamericana de la Salud. Centro de prensa enfermedad de Chagas. [Internet]. Washington D.C.: OPS, 2014

• **Mecanismos de transmisión**	Chagas es transmitido por un insecto vector de la subfamilia Triatominae (Hemptera: Reduvidiiae), por trasfusión de sangre, trasplante de órganos, de forma congénita, por leche materna, y ocasionalmente por vía alimentaria o por lesiones en la piel.	La respuesta de la persona entrevistada se considerará dentro de alguna de las dos categorías siguientes: • **Inadecuado:** si la persona entrevistada dice no saber acerca de los mecanismos de transmisión o selecciona menos de tres opciones. • **Adecuado:** si la persona entrevistada selecciona 3 o más opciones.	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítem 6	(Actualizado 2014 Abril 10; consultado: 2014 Abril 13). Disponible en: http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_content&view=article&id=5856&Itemid=39648. • Zenteno R. Enfermedades infecciosas en Veracruz y México. Actualidades y desafíos. 1ª ed. Xalapa Ver: Editorial Universidad Veracruzana; 2013. • Organización Mundial de la Salud. traducido por la OPS. Control de la enfermedad de Chagas. Informe de un comité de expertos de la
• **Fases de la enfermedad**	Fase aguda: su duración es de 4 a 8 semanas y se caracteriza por	La respuesta de la persona entrevistada se considerará dentro	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítems 7 y 8	

	malestar general. No presenta síntomas y en ocasiones se manifiesta un estado febril agudo. Fase indeterminada: comienza entre 8 y 10 semanas después de la fase aguda, haya habido o no manifestaciones clínicas y puede durar varios años o indefinidamente. Fase crónica: surge de 10 a 20 años después de haber contraído la enfermedad y pueden comenzar complicaciones de daño cardiaco, digestivo o neurológico.	de alguna de las dos categorías siguientes: • **Inadecuado:** si la persona entrevistada dice no saber acerca de las fases de la enfermedad de Chagas o selecciona menos de dos opciones. • **Adecuado:** si la persona entrevistada selecciona dos o más opciones.				OMS. 1991. España 1992-67.OPS. 76p. 811. • The Center for Food Security &Public Health. Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas). 2010. Iowa State University. Sept 2009.9 p. CHAG_H2009.es10. • Guía de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad de Chagas. Febrero 2011. Ministerio de Salud de Chile. • NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades
• **Signos y**	• Los **síntomas** que	La respuesta de la	Frecuencia	• Cualitativa	Ítems	

síntomas	se presentan en la fase aguda de la enfermedad de Chagas en adultos pueden ser sumamente variados y pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, anorexia, malestar, mialgia, dolores en las articulaciones, debilidad, náuseas, vómito, diarrea, hepatomegalia, esplenomegalia y linfadenopatía generalizada o localizada.	persona entrevistada se considerará dentro de alguna de las dos categorías siguientes: • **Inadecuado:** si la persona entrevistada dice no saber acerca de los síntomas de la enfermedad de Chagas o selecciona menos de tres opciones. • **Adecuado:** si la persona entrevistada selecciona tres o más opciones.		• Nominal • Dicotómica	9 y 10	transmitidas por vector. • Torres-Montero J, López-Monteon A, Dumontiel E, y Ramos-Ligonio A. (2012)
	• Los **signos** de puerta de entrada o chagoma de inoculación son lesiones cutáneas	La respuesta de la persona entrevistada se considerará dentro de alguna de las	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítems 11 y 12	

	más frecuentes en la cara y extremidades; característico, aunque infrecuente, es el chagoma de la región ocular llamado signo de Romaña, que se presenta como edema bi palpebral, unilateral, de color rosado violáceo claro, indoloro y duro. Hay aumento del tamaño de la glándula lagrimal accesoria (dacriocistitis) y adenopatía satélite, los ganglios más comprometidos son los pre auriculares, que no se adhieren a planos, algo sensibles y duros.	dos categorías siguientes: • **Inadecuado:** si la persona entrevistada dice no saber acerca de los signos de la enfermedad de Chagas o selecciona menos de dos opciones. • **Adecuado:** si la persona entrevistada selecciona dos opciones.				

	Los chagomas pueden presentarse en cualquier parte de la piel, son lesiones de aspecto furunculoideo de color rosado violáceo e indurado, de duración variable, que pueden durar hasta 15 días.					
• **Complicaciones**	La enfermedad de Chagas cursa una fase crónica que está generalmente representada por insuficiencia orgánica, generalmente del corazón o del sistema digestivo. Las cardiopatías son, la forma crónica más frecuente de la enfermedad de	La respuesta del encuestado agrupará en alguna de las tres categorías siguientes de acuerdo con sus características: **Afecciones cardiacas:** se agruparán en esta categoría las respuestas de los encuestados que	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítems 13 y 14	

	Chagas, se puede caracterizar por arritmias y anomalías en la conducción, insuficiencia cardiaca, aneurismas apicales, embolias tales como accidentes cerebrovasculares y las embolias pulmonares y muerte súbita. Las anomalías del sistema digestivo pueden causar megaesófago o megacolon, que pueden producirse de manera consecuente con la cardiopatía y el abdomen puede distensarse en forma asimétrica. Pueden surgir complicaciones como obstrucción	hagan referencia a complicaciones como arritmia, taquicardia, infartos, insuficiencias, palpitaciones, dolor en el pecho. **Afecciones gastrointestinales:** se agruparán en esta categoría las respuestas de los encuestados que hagan referencia a dolor abdominal, dolor al tragar, reflujo, salivación excesiva, úlceras o gastritis crónica. **Afecciones del sistema nervioso:** se agruparán en esta categoría a las respuestas de los encuestados que hagan referencia a afecciones del movimiento, convulsiones,				

	intestinal, vólvulos, fecalomas, úlceras o perforación intestinal o peritonitis. La enfermedad de Chagas crónico puede llegar a afectar el sistema nervioso central como el sistema periférico y el sistema autónomo, se han observado paresias perturbación funcional del cerebelo, convulsiones y anormalidades psiquiátricas.	desórdenes mentales. La respuesta de la persona entrevistada se considerará dentro de alguna de las dos categorías siguientes: • **Inadecuado:** si la persona entrevistada dice no saber acerca de las complicaciones de la enfermedad de Chagas o selecciona menos de dos opciones. • **Adecuado:** si la persona entrevistada selecciona dos o más opciones.				

• **Diagnóstico**	La enfermedad de Chagas se puede diagnosticar por microscopia, aislamiento del parasito, serología o técnicas moleculares.	Afirmación del encuestado sobre el conocimiento acerca de la existencia de alguna prueba de laboratorio que confirme el diagnóstico de la enfermedad de Chagas. La respuesta se agrupará en dos categorías mutuamente excluyentes: **Sí sabe**: el encuestado responde conocer sobre la existencia de una prueba de laboratorio que confirme el diagnóstico de la enfermedad de Chagas. • **No sabe**: si el encuestado	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítem 15	

		responde no conocer sobre la existencia de una prueba de laboratorio que confirme el diagnóstico de la enfermedad de Chagas.				
• **Tratamiento**	Es el suministro de medicamento a grupos de población o individuos que contrajeron la enfermedad de Chagas	Afirmación del encuestado sobre el conocimiento acerca de la existencia de un tratamiento para la enfermedad de Chagas. La respuesta se agrupará en dos categorías mutuamente excluyentes: • **Sí sabe:** si el encuestado responde conocer	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítem 16	

Dominio I		sobre la existencia de un tratamiento para la enfermedad de Chagas. • **No sabe:** si el encuestado responde no conocer sobre la existencia de un tratamiento para la enfermedad de Chagas. Cada respuesta tendrá un valor porcentual de base de 12.5% e incrementará conforme se contesten los 8 apartados del dominio que evaluará el nivel de conocimiento del encuestado sobre enfermedad de Chagas siendo los siguientes secciones.				

		1) agente causal (12.5%) 2) mecanismos de transmisión (25%) 3) fases de la enfermedad (37.5%) 4) síntomas (50%) 5) signos (62.5%) 6) complicaciones (75%) 7) diagnóstico (87.5%) 8) tratamiento (100%)				
Identificación del T. dimidiata por su aspecto y color	La OMS establece que el T. dimidiata se identifica por sus tres segmentos: cabeza tórax y abdomen. La cabeza es alargada y fusiforme, en la cara ventral del	La persona encuestada identificará e indicará cuál es el T. dimidiata mediante las imágenes proporcionadas y sus respuestas se	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítem 17	• Organización Mundial de la Salud. Control de la enfermedad de Chagas. 1991. Ginebra; OMS.101 p. reporte técnico 811.

	tórax se insertan sus patas que son delgadas y largas, y en gran parte del dorso del abdomen está cubierto por alas. Además de la estructura se puede identificar por sus patrones de color que varía de un amarillo claro hasta negro. La T. dimidiata se caracteriza por su patrón de manchas anaranjadas.	agruparán en dos categorías mutuamente excluyentes: **Sí la reconoce:** en esta categoría se agruparán las respuestas de los encuestados que señalen la imagen correspondiente al inciso “B)”. **No la reconoce:** en esta categoría se agruparán las respuestas de los encuestados que señalen la imagen correspondiente a cualquiera de los siguientes incisos: A) B) C) D)				
Temporada en que es más frecuente	El T. dimidiata se alimenta, desarrolla	Las respuestas del entrevistado se	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal	Ítem 18	• Crocco L, Catala S y Martínez M. Enfermedad de

el vector.	y reproduce durante las épocas cálidas con mayor frecuencia.	agruparan en dos categorías mutuamente excluyentes que estarán conformadas por las estaciones del año. Estas categorías serán: • **Calurosas:** Primavera y verano • **Templadas:** Otoño e invierno Se considera como una respuesta correcta cuando el encuestado elige la opción “calurosas”.		• Dicotómica		Chagas módulo de actualización. Argentina: Editorial Científica Universitaria; 2002.26
Alimentación del T. dimidiata	La chinche tanto en su estadio de ninfa como en adulto, se alimentan selectivamente con sangre caliente (hombres, aves y mamíferos),	La respuesta de la persona entrevistada se considerará dentro de alguna de las dos categorías siguientes:	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítem 19	• Crocco L, Catala S y Martínez M. Enfermedad de Chagas módulo de actualización. Argentina: Editorial Científica Universitaria; 2002.26

	característica que le convierte en un peligroso agente transmisor de la enfermedad de Chagas.	• **Inadecuado:** si la persona entrevistada selecciona menos de dos opciones. • **Adecuado:** si la persona entrevistada selecciona dos o más opciones.				
• **Horario de alimentación del T. dimidiata**	Estos insectos tiene una particularidad se alimentan de noche. El motivo de ese hábito es que rehúyen la luz de día, y casi nunca salen de sus escondrijos.	La respuesta de la persona entrevistada se considerará dentro de alguna de las dos categorías siguientes: • **Sí sabe:** si la persona entrevistada selecciona únicamente el inciso “c)” en su respuesta • **No sabe:** si la	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítem 20	

		persona entrevistada selecciona alguno de los siguientes incisos: “a)” o “b)”				
Manejo del vector	La planificación, organización, ejecución y monitoreo de actividades para la modificación y/o manipulación de factores ambientales o su interacción con los humanos con vista a prevenir o minimizar la propagación de vectores y reducir el contacto humano-vector-patógeno.	Se refiere a las estrategias implementadas que sean referidas por el encuestado y que hagan referencia a las acciones preventivas, de captura y disposición del vector para reducir el riesgo de contagio. Se considerará positiva la respuesta dada por el encuestado que refiera al inciso “b)” correspondiente a la opción “capturarla”. Cualquier otra elección distinta a la anterior se considerará como	Frecuencia		Ítems 21 a 23	• Gürtler E R. Castañera B M, Cecere C M y Rotondaro [Internet] Argentina: Control de Triatominos, Manejo Ambiental y Participación Comunitaria en Áreas Rurales del Noroeste Argentino. (consultado 02 mayo de 2014) disponible en: http://www.ambiente-ecologico.com/revist60/chagas60.htm#top • INDRE-DGE-Secretaría de Salud Lineamientos para la vigilancia

		respuesta negativa.				epidemiológica por laboratorio. enero de 2014. México. INDRE disponible en: http://www.indre.salud.gob.mx/sites/indre/descargas/pdf/Lineamientos_de_vigilancia_por_laboratorio_Entomologia_2014.pdf
• **Captura de la chinche**	La chinche o talaje se deberá colocar en un frasco de plástico o vidrio, de tamaño adecuado al número de organismos. Es importante utilizar un frasco para cada colecta. En el interior del frasco se debe colocar un círculo de papel en la base y sobre éste una tira de papel plegado en forma de acordeón, el cual no debe alcanzar más de la mitad de la altura del frasco. La tapa tiene que estar perforada para facilitar la respiración de los organismos, cuidando que los orificios no sean tan grandes, para	El encuestado deberá describir el proceso para capturar a la chinche, enumerando del 1 al 3 los pasos a seguir a partir del avistamiento del vector. Se agruparán las respuestas en dos grupos que se describen de la siguiente manera: **Correcto:** respuesta del encuestado que enumere los pasos a seguir para la captura de la chinche de la siguiente manera: 1) No perder de vista la chinche o talaje.	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítem 21 y 22	• Crocco L, Catala S y Martínez M. Enfermedad de chagas módulo de actualización. Argentina:Editorial Científica Universitaria; 2002.26 • NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

	permitir la salida de los insectos. La manipulación de la chinches debe hacerse con pinzas y guantes, nunca deberá ser manipulados con las manos.	3)Invertir el frasco y esperar a que la chinche o talaje se meta en él. 2) Conseguir un frasco con tapa y ponerle un papel doblado en forma de acordeón ó bien el en orden de 2,1,3. • **Incorrecto:** la respuesta del encuestado que refiera cualquier otra combinación que no sea la descrita en el punto anterior.				
• **Notificación a la autoridad sanitaria**	Acción de informar al nivel inmediato superior acerca de la presencia de padecimientos o eventos de interés	Se considerará correcta la respuesta del entrevistado que	Frecuencia		Ítem 23	

Dominio II	epidemiológicos.	refiera que después de capturar al vector lo lleva a la unidad médica, es decir, aquella respuesta que refiera al inciso “c”. Cada respuesta tendrá un valor porcentual de base de 20% e incrementará conforme se contesten los 5 apartados del dominio que evaluará el nivel de conocimiento del encuestado sobre las características del vector siendo las siguientes secciones. 1) Identificación del vector (20%) 2) Época del año (40%) 3) Alimentación				

		(60%) 4) Horario de alimentación (80%) 5) Manejo del vector (100%).				
Factores de riesgo	Característica, aspecto de la conducta o exposición ambiental asociada con la enfermedad; donde su exposición hace que la probabilidad de padecer la enfermedad aumente (factor de riesgo) o disminuya (factor protector).	La respuesta otorgada por el encuestado que haga referencia a las condiciones de la vivienda o patio que puedan favorecer la presencia de la chinche o talaje. Las respuestas consideradas factores de riesgo serán las siguientes: • Pared de adobe, ladrillos sin revoque o de piedra • Mantener animales como perros, gatos y gallinas dentro	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítems 24,25, 26	Piñol F, Paniagua M. Cáncer gástrico: Factores de riesgo. Rev Cubana de Oncol. 1998;14(3):171-79.

		de la casa • Falta de aseo • Poca ventilación e iluminación en la casa Estas respuestas se agruparan en dos categorías de acuerdo al nivel de conocimiento que tienen las personas sobre los factores de riesgo que favorecen tener chiche dentro de la casa: • **Adecuado:** el encuestado mencionará en su respuesta igual a 3 ó más opciones de los factores antes mencionados. • **Inadecuado**: el encuestado mencionará en				

		su respuesta que no menciona ninguna respuesta y menos de 3 factores antes mencionados. • Techo con tejas • Techo con vigas • Techo de palma • Detrás de muebles o cuadros • Grietas y ranuras en las paredes • Cajas o ropa amontonada Estas respuestas se agruparán en dos categorías de acuerdo al nivel de conocimiento que tienen las personas sobre los lugares donde se esconden la chinche o talaje dentro de su casa:				

		• **Adecuado:** el encuestado mencionará en su respuesta igual a 4 ó más opciones de los factores antes mencionados. • **Inadecuado**: el encuestado mencionará en su respuesta que no menciona ninguna respuesta y menos de 4 factores antes mencionados. • Montones de leña o material como ladrillo, teja, etc. • Escombro en el patio • Gallineros cerca del hogar				

		Estas respuestas se agruparán en dos categorías de acuerdo al nivel de conocimiento que tienen las personas sobre los lugares donde se esconden la chinche o talaje afuera de su casa: • **Adecuado:** el encuestado mencionará en su respuesta igual a 2 ó más opciones de los factores antes mencionados. • **Inadecuado**: el encuestado mencionará en su respuesta ninguna o al menos de 2 de los factores antes				

Dominio III		mencionados. Cada respuesta tendrá un valor porcentual de base de 33.33% e incrementará conforme se contesten los 3 apartados del dominio que evaluará el nivel de conocimiento del encuestado sobre los factores de riesgo siendo las siguientes secciones. 1) Condiciones que (33.33%) favorecen 2) Dentro de casa (66.66%) 3) Fuera de casa (100%)				
Medidas de saneamiento	Es el mejoramiento y preservación de las condiciones	Son acciones que los encuestados realizan en sus	Frecuencia	• Cualitativa • Nominal • Dicotómica	Ítem 27	Comisión Federal para la Protección

	sanitarias de: fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo, disposición sanitaria de excretas, manejo sanitario de los residuos sólidos, control de fauna nociva y mejoramiento de las condiciones de la vivienda.	hogares para evitar la presencia de chinches o talajes en ella. Las medidas de saneamiento recomendadas para evitar la presencia de chinches o talajes en el hogar son: • Encalar paredes • Alejar las camas y los muebles de las paredes • Asear detrás de cuadros y muebles • Mantener la casa ventilada y en buen estado • Mantener a los animales limpios y fuera de la casa • Utilizar insecticidas Las respuestas de				Contra Riesgos Sanitarios. Manual de saneamiento básico para personal técnico. México: Gobieno Federal; 2011.

		los encuestados se agruparan en dos categorías de acuerdo con el nivel de conocimiento sobre medidas de saneamiento en el hogar con el que cuenten: • **Adecuado:** este grupo estará conformado por aquellos encuestados que en su respuesta mencionen 4 ó más de las medidas de saneamiento antes mencionadas. • **Inadecuado:** este grupo estará conformado por aquellos encuestados que en su respuesta mencionen 3 ó				

Dominio IV		menos de las medidas de saneamiento antes mencionadas Cada respuesta tendrá un valor porcentual de base de 14.3% e incrementará conforme se contesten las 7 respuestas del dominio que evaluará el nivel de conocimiento del encuestado sobre las medidas de saneamiento. 1) Encalar paredes (14.3%) 2) Alejar la cama y muebles de la pared (28.6%) 3) Limpiar detrás de				

		cuadros y muebles (42.9%) 4) Mantener la casa ventilada e iluminada (57.2%) 5) Mantener la vivienda limpia y en buen estado (71.5%) 6) Tener a los animales limpios y alejados de la casa (85.8%) 7) Utilizar insecticida (100%)				
Informante sobre la enfermedad de Chagas • Red	persona que comunica una observación sobre cierta cosa Conjunto de personas relacionadas para una determinada	La respuesta del encuestado se agrupará en 5 apartados: • Familiares: parientes del encuestado (padre, madre,	Frecuencia	Cualitativa Nominal Politómica	28	• Red. RAE, 2014. (Accessed abril 30, 2014, at http://lema.rae.es/drae/?val=red) • Social. Rae, 2014.

• Social • Información	actividad Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada.	hijos, abuelos, tíos, sobrinos, primos, cuñados, suegros, etc.) • Vecinos: personas que habiten en las cercanías de la casa del encuestado • Personal de salud: brigadistas, médicos, enfermeras, etc. • Medios de comunicación: radio, prensa, televisión, medios en internet, etc. • Nadie: El encuestado dice no haber recibido información por parte de ninguno de los actores				(Accessed abril 30, 2014, at http://lema.rae.es/drae/?val=social) • Información. RAE, 2014. (Accessed abril 30, 2014, at http://lema.rae.es/drae/?val=informaci%C3%B3n)

		antes mencionados.				
Disposición para compartir información • Disposición • Compartir • Información	Habilidad, soltura para hacer algo. Repartir, dividir, distribuir algo en partes. Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada.	La respuesta del encuestado se agrupará en dos apartados: • Sí está dispuesto: en este grupo se encontrarán las respuestas de los encuestados que digan estar dispuestos a difundir la información sobre la enfermedad de Chagas obtenida durante el taller. • No está dispuesto: en este grupo se encontrarán las respuestas de los encuestados que digan no	Frecuencia	Cualitativa Nominal Dicotómica	29	• Disposición. Wordreference, 2014. (Accessed abril 30, 2014, at http://www.wordreference.com/definicion/disposici%C3%B3n) • Compartir. RAE, 2014. (Accessed abril 30, 2014, at http://lema.rae.es/drae/?val=compartir) Información. RAE, 2014. (Accessed abril 30, 2014, at http://lema.rae.es/drae/?val=informaci%C3%B3n)

		estar dispuestos a difundir la información sobre la enfermedad de Chagas obtenida durante el taller.				

Anexo II. Cartas descriptivas

Sesión 1

Actividades	Descripción	Objetivo	Materiales	Tiempo	Observaciones
Presentación de los integrantes del equipo ante los miembros de la comunidad	Los integrantes del equipo se presentan ante el grupo diciendo su nombre, el objetivo de la sesión y las expectativas que tienen de la misma.	Que el grupo se familiarice con los integrantes del equipo.	Ninguno	5 minutos	
Etiquetas	Se le entregará una etiqueta a cada uno de los asistentes y se les pedirá que escriban su nombre en ella, después se les pedirá que formen un círculo y cada participante se presentara diciendo su nombre, edad y la fruta que más le gusta comer.	Que los participantes y los integrantes del equipo conozcan el nombre de todos. Activar a los asistentes y buscar la integración del grupo.	Etiquetas adheribles (de acuerdo al número de participantes) 15 Plumones	10 minutos	
Tendedero	Se les dará una silueta de papel del cuerpo humano al cual le pondrán su nombre y después la colgarán en el tendedero, posteriormente a lo largo de la de las dos sesiones irán vistiendo con prendas de papel cada vez que consideren que una actividad les dejo algo importante, escribiendo así el motivo. Al finalizar las dos sesiones las	Que las participantes se apropien de un aprendizaje significativo durante las actividades de las sesiones.	Silueta de papel del cuerpo humano. Prendas de papel. Plumones Resistol Ganchos para la ropa	Durante las dos sesiones	

	participantes platicaran algún aprendizaje significativo que les haya dejo la plática.		Tendedero		
Platica informativa I	Dos integrantes del equipo explicaran mediante una lámina de papel bond las características estructurales de la Chinche o talaje y su ciclo de vida.	Introducir aspectos relacionados con la Chinche o talaje.	Papel bond Cinta adhesiva	15 minutos	
Rompecabezas	Se les pedirá a las participantes que se integren en grupos de 5 personas de acuerdo las 12 frutas que se les mencionara. Posteriormente se les entregará un rompecabezas con la imagen de alguna de las diferentes chinches que les fueron mostradas durante el diagnóstico y se les darán 15 minutos para armarlo. De ahí se les pedirá que comparen su rompecabezas con el de otros equipos y decidan cual pertenece al talaje.	Que los participantes logren identificar al vector de la enfermedad de Chagas que es endémico del estado de Veracruz, a través de la comparación de las distintas imágenes.	2 juegos de 4 imágenes correspondientes a diferentes tipos de chinches pegados sobre papel batería y recortado en formas irregulares.	15 minutos	

	Después los coordinadores harán preguntas sobre las características del vector y se pedirá al grupo una conclusión.				
Platica informativa II	Un integrante del equipo explicara mediante una lámina de papel bond los hábitos de alimentación y crecimiento de la Chinche o talaje.	Introducir aspectos relacionados con la Chinche o talaje.	Papel bond Cinta adhesiva	10 minutos	
Faso o Verdadero	Se integraran equipos por afinidad de 15 o menos personas y se le invita a ponerse de pie frente a la lámina. En el papel bond estarán una serie de afirmaciones sobre los hábitos de alimentación y crecimiento de la Chinche o talaje. En cada afirmación las participantes se moverán hacia la respuesta (falso/ verdadero) según sea su elección.	Que el grupo comparta saberes sobre los hábitos de alimentación y crecimiento de la Chinche o talaje.	Papel bond Plumones	10 minutos	
Platica informativa III	Dos integrantes del equipo explicaran mediante láminas de papel bond: la enfermedad de Chagas y	Explicar que es la enfermedad de Chagas y sus formas de transmisión.	Papel Bond Plumones	15 minutos	

	sus formas de transmisión.				
La chinche te pica	El grupo se pondrá de pie en forma de círculo y se pasaran una pelota de plástico mientras un integrante del equipo vocifera: “la Chinche te pica….te pica, te pico” la persona que se quede con la pelota contestara una pregunta relacionada a la enfermedad de Chagas y sus formas de transmisión. En caso de que le toque a un coordinador, una participante le preguntara algo relacionado sobre el vector o la enfermedad de Chagas.	Reforzar el tema de la enfermedad de Chagas y sus formas de transmisión.	Pelota de plástico	10 minutos	
Platica informativa IV	Dos integrantes del equipo explicaran mediante papel bond las fases, síntomas, signos de la enfermedad de Chagas, así como el tratamiento y diagnóstico	Explicar cuáles son las fases, síntomas, signos de la enfermedad de Chagas, así como el tratamiento y diagnóstico.	Papel bond Plumones	10 minutos	
Línea del tiempo	Se pedirá a los participantes que se organicen por afinidad en equipos de 10 a 15 miembros. Los coordinadores	Que los participantes puedan identificar a través de la línea del tiempo las fases, síntomas, signos de la enfermedad de Chagas,	Líneas del tiempo: 6 metros de Papel craft	15 minutos	

	pegarán una o tres líneas del tiempo iguales dependiendo del tamaño del grupo posteriormente se repartirán a cada equipo una serie de imágenes y después se les dará 15 minutos para discutir el orden cronológico de las fases, síntomas, signos de la enfermedad de Chagas, así como el tratamiento y diagnóstico. Luego se les pedirá que peguen a lo largo de la línea las imágenes. Al concluir se pedirá al grupo que comparen sus líneas del tiempo y después se discutirá con los coordinadores la cronología para formar una conclusión grupal.	así como el tratamiento y diagnóstico.	Hojas de colores Colores de madrea Plumones Cinta adhesiva		
Evaluación de la sesión I	Se pondrá en un papel bond la frase “Hoy me sentí” y se pondrán en tres columnas: bien, más o menos y mal con caritas de papel que expresen lo anterior, posteriormente	Que las participantes evalúen el desempeño de la sesión I de acuerdo a su percepción.	Caritas de papel Papel bond Resistol	5 minutos	

	las participantes pondrán una palomita en la columna que represente como sintieron en esta primera sesión.		Plumón		
Evaluación a los coordinadores	Se le dará a cada participante una tarjeta, para que designen una calificación en un rango de 0 a 10, a los coordinadores de la plática.	Las participantes evaluaran el desempeño de los coordinadores. Que los coordinadores conozcan su desempeño durante la sesión I.	Tarjetas (Fichas bibliográficas) Plumones Lapiceros	1 minuto	
Cierre de la sesión I	Los coordinadores le agradecen al grupo por a ver asistido a la primera sesión y su participación en cada actividad, así mismo invitan a la segunda sesión.	Concluir la primera sesión	Nada	1 minuto	

Sesión 2

Actividades	Descripción	Objetivo	Materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida a la sesión II.	Los coordinadores darán la bienvenida a los asistentes.	Que el grupo se familiarice con los integrantes del equipo.	Nada	3 minutos	
Etiquetas	Se le entregará una etiqueta a cada uno de los asistentes y se les pedirá que escriban su nombre en ella.	Que los participantes y los integrantes del equipo conozcan el nombre de todos.	Etiquetas Plumones	5 minutos	
Calentamiento	Todo el grupo estará de pie formando un círculo y se les pedirá que lentamente y de acuerdo a sus capacidades, comiencen a mover una a una las partes de su cuerpo, comenzando desde los pies y poco a poco subir hasta llegar a la cabeza.	Activación	Ninguno	3 minutos	
Lluvia de ideas	Se les pedirá a las participantes que por afinidad se integren en equipos de 15 o menos personas y que en un papel bond pongan los puntos que más recuerden en la anterior sesión.	Repasar la información sobre el vector y la enfermedad de Chagas.	Papel bond Plumones Cinta adhesiva	10 minutos	

	Posteriormente un coordinador retomara los puntos que escribieron en el papel para hacer una conclusión.				
Plática informativa V	Un coordinador del equipo explicara mediante láminas de papel bond: los factores de riesgo relacionados con el vector.	Introducir los factores de riesgo que favorecen la presencia del vector (talaje).	Papel bond Plumones Cinta adhesiva	10 minutos	
Sopa de letras	Se les pedirá a las participantes que por afinidad hagan equipo de dos personas. Después se les dará una planilla de sopa de letras para que busquen los factores de riesgos que incrementan la presencia del talaje dentro y fuera de su casa, mediante la guía de un papel bond el cual tendrá escrito estos factores de riesgo.	Reforzar el tema factores de riesgo.	Planilla (hojas) Colores Papel bond Imágenes Sobres	20 minutos	
Platica informativa VI y representación de las participantes.	Se les pedirá a una de las participantes que conozca los pasos para capturar el talaje que pase a representar la escena mediante los materiales	Recuperar experiencias o saberes de las participantes. Explicar cómo se debe realizar la técnica para	Papel bond Plumón Materiales (bolsa, caja,	15 minutos	

	que se le proporcionen, posteriormente un coordinador explicara mediante láminas de papel bond: los pasos para capturar el vector.	capturar el vector.	frasco, vaso, palitos de madera, lapicero etc.)		
Escribiendo los pasos para capturar el talaje	Se les pedirá a los participantes que por afinidad se integren en equipos de 5 personas. Después un coordinador les repartirá material e imágenes para que en conjunto escriban los pasos de la captura del talaje.	Reforzar los tres pasos de la técnica para capturar el vector.	Papel craft Imágenes Plumones Resistol Colores	15 minutos	
Platica informativa VII	Un coordinador del equipo explicaran mediante láminas de papel bond: las medidas de saneamiento.	Explicar las principales medidas de saneamiento para evitar la presencia del talaje.	Papel bond Plumones	10 minutos	
Memórame	Se les pedirá a las participantes que formen equipos por afinidad de 15 a menos personas y se jugara con un memórame de medidas de saneamiento.	Reforzar las principales medidas de saneamiento para evitar la presencia del talaje.	Memórame Cinta adhesiva	10 minutos	
Telaraña	De acuerdo a la anterior actividad se les pedirá que continúen en ese equipo	Reflexionar sobre las temáticas vistas en las dos sesiones.	4 madejas de estambre	10 minutos	

	de 15 o menos personas para realizar la actividad de la telaraña la cual ayudara a sacar las dudas e interrogantes de la participantes ya que una de uno de los coordinadores iniciara lanzando una bola de estambre a otra participante y así consecutivamente hasta que todos tengan un extremo del hilo después se desenredará mediante la contestación de preguntas y dudas que surjan de quien tiene el control del hilo.				
Evaluación de las participantes de la sesión II	Se pondrá en un papel bond la pregunta: ¿Cómo me sentí hoy en la sesión? y se pondrán en tres columnas las posibles respuestas de bien, más o menos y mal con caritas de papel que expresen lo anterior, posteriormente las participantes pondrán una palomita en la columna que represente	Que las participantes evalúen el desempeño de la sesión II de acuerdo a su percepción.	Caritas de papel Papel bond Resistol Plumón	5 minutos	

	como sintieron en esta primera sesión.				
Evaluación a los coordinadores	Se le dará a cada participante una tarjeta, para que designen una calificación en un rango de 0 a 10, a los coordinadores de la plática.	Las participantes evaluaran el desempeño de los coordinadores. Que los coordinadores conozcan su desempeño durante la sesión II.	Tarjetas (Fichas bibliográficas) Plumones Lapiceros	1 minuto	
Cierre de la sesión II	Los coordinadores le agradecen al grupo por a ver asistido a las sesiones y recalcan la finalidad de las pláticas y actividades participativas.	Concluir la primera sesión	Nada	1 minuto	

2014

Manual del facilitador: identificación del vector de Chagas y conocimiento de la enfermedad

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ

SS SECRETARÍA DE SALUD

ESTADO PRÓSPERO

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA / UV

Introducción

El siguiente documento tiene como finalidad dar una descripción detallada de las actividades que deben seguirse en la realización de pláticas informativas a la comunidad respecto a la enfermedad de Chagas y al reconocimiento de su vector.

Cada tema abordado en este manual describe perfectamente el objetivo, las actividades a realizar, el tiempo empleado así como los materiales requeridos y sobre todo la información que se dará a la población para llevar acabo la plática.

Este manual está estructurado de tal forma que cualquier facilitador pueda reproducir y dar a conocer su contenido, con la finalidad de que esta información llegue cada vez a un mayor número de personas y así aumentar el conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y su vector lo que propiciaría que en un futuro pueda prevenirse esta enfermedad.

Como apoyo también se integra una lista de los materiales a utilizar con sus precios para tener una idea el presupuesto necesario para llevar acabo las pláticas informativas

Objetivo general

Implementar un proyecto educativo que incremente el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y la identificación del vector entre los habitantes de zonas endémicas e identificar a las personas que de manera voluntaria acepten difundir el contenido del proyecto en otros grupos de la localidad.

Objetivos específicos

1. Identificar a las personas clave de la localidad.
2. Reconocer a los grupos establecidos en la localidad.
3. Determinar el nivel de conocimiento de los grupos sobre la enfermedad de Chagas y la identificación del vector mediante la aplicación de un cuestionario que mida su nivel de conocimiento en cuatro áreas:
    - Enfermedad de Chagas: agente causal, mecanismos de transmisión, fases de la enfermedad, signos y síntomas, complicaciones, diagnóstico y tratamiento.
    - Identificación y captura del vector: identificación del T. dimidiata, hábitos del vector y manejo del mismo.
    - Factores de riesgo: condiciones que favorecen la presencia del vector y sitios peri e Intradomiciliario donde habita el vector.
    - Medidas de saneamiento: acciones en el hogar que evitan la presencia del vector.
4. Proporcionar información sobre la enfermedad de Chagas y la identificación del vector, mediante técnicas participativas.
5. Realizar una evaluación posterior al desarrollo del taller para comparar el nivel de conocimiento previo con el nivel de conocimiento obtenido después de la intervención.
6. Identificar dentro de los grupos a los posibles facilitadores para difundir los contenidos del proyecto.

Metas

Incrementar el nivel de conocimiento en los grupos identificados sobre la enfermedad de Chagas y la identificación del vector.

Generalidades de la plática educativa

Requerimientos para la impartición de la charla educativa
Características del lugar de impartición Aula amplia, ventilada, con suficientes mesas para trabajo en equipos.
Perfil del participante Esta charla educativa puede ser impartida a público de cualquier edad, sin embargo, es recomendable que los participantes sean mayores de edad, pues el contenido puede ser complicado para niños.
Duración Dos sesiones presenciales de 90 minutos cada una.

Plan de sesión

El presente plan de sesión es una guía para apoyar al facilitador durante el desarrollo de la charla educativa. Las actividades participativas contenidas en este documento constituyen una propuesta ya que el facilitador es libre de elegir las técnicas más adecuadas o incluso modificar algunas de las sugeridas de acuerdo con las características del grupo, siempre que se cumpla con el objetivo de las mismas. Es recomendable intentar crear un ambiente agradable donde los participantes puedan expresar sus dudas y opiniones durante cada actividad.

Estructura de las sesiones

Después de una breve presentación y una dinámica para conocer a los participantes y romper el hielo.

Motivación

Se trata de estimular en el grupo el interés por aprender sobre el tema. Pueden plantearse preguntas que generen discusión, presentación de situaciones, etc.

Desarrollo del tema

En esta fase se desarrollaran los temas señalados en las cartas descriptivas con el fin de lograr interiorizar los conceptos y valores señalados en los objetivos.

Conclusión

En esta etapa el facilitador y los participantes verifican el aprendizaje logrado durante la sesión; es necesario resumir o recapitular los temas tratados. Antes de cerrar la sesión debe mencionarse el tema de la siguiente sesión para que los participantes establezcan una realización y se predispongan para la siguiente sesión.

Sesión 1

I. Presentación de los integrantes del equipo ante los miembros de la comunidad

Objetivo: Que el grupo se familiarice con los integrantes del equipo.

Descripción: Los integrantes del equipo se presentan ante el grupo diciendo su nombre, el objetivo de la sesión y las expectativas que tienen de la misma.

Materiales: Ninguno

Tiempo: 5 minutos

Actividades del facilitador: El facilitador hará la presentación de sus compañeros, la dependencia de donde provienen, ciudad y dará a conocer el objetivo del taller. Ejemplo:

"Hola, buenas tardes, nosotros somos estudiantes de la Maestría en Salud Pública, y en conjunto con la Secretaría de Salud estamos realizando un proyecto de intervención, con la finalidad de que logremos entre todos compartir nuestra información y experiencia sobre la identificación de la chinche o talaje y de la enfermedad de Chagas."

II. Etiquetas

Objetivo: Activar a los asistentes y buscar la integración del grupo y que los participantes y los facilitadores conozcan el nombre de todos.

Descripción: Se le entregará una etiqueta a cada uno de los asistentes y se les pedirá que escriban su nombre en ella, después se les pedirá que formen un círculo y cada participante se presentara diciendo su nombre, edad y la fruta que más le gusta comer.

Materiales: Etiquetas adheribles (de acuerdo al número de participantes), 15 plumones.

Tiempo: 10 minutos

Actividades del facilitador: el facilitador debe permanecer atento ante las peticiones de los participantes, pues pueden solicitar ayuda para realizar esta actividad. Se debe brindar atención amable y cálida, creando un ambiente de confianza y apertura.

III. Tendedero

Objetivo: Que los participantes y los integrantes del equipo conozcan el nombre de todos.

Descripción: Se les dará una silueta de papel del cuerpo humano al cual le pondrán su nombre y después la colgarán en el tendedero, posteriormente a lo largo de la de las dos sesiones irán vistiendo con prendas de papel cada vez que consideren que una actividad les dejo algo importante, escribiendo así el motivo. Al finalizar las dos sesiones las participantes platicarán algún aprendizaje significativo que les haya dejo la plática.

Materiales: Silueta de papel del cuerpo humano, prendas de papel, plumones o lapiceros, pegamento líquido o en barra, ganchos para ropa y tendedero.

Tiempo:

Actividades del facilitador: el facilitador explicará cuál será la dinámica y ayudará a los participantes que lo necesiten, a colocar sus muñecos en el tendedero con amabilidad y calidez.

ENFERMEDAD DE CHAGAS O TRIPANOSOMIASIS AMERICANA

Enfermedad parasitaria exclusiva del continente Americano cuyo agente etiológico es un parásito (*Trypanosoma cruzi*).

IV. Plática informativa 1

Objetivo: Introducir aspectos relacionados con la chinche o talaje.

Descripción: Dos integrantes del equipo explicarán mediante una lámina de papel bond las características estructurales de la Chinche o talaje y su ciclo de vida.

Materiales: papel bond, plumones, cinta adhesiva.

Tiempo: 15 minutos

Actividades del facilitador: el facilitador responderá a las dudas de los participantes invitando a la reflexión y abierto a sugerencias.

V. Rompecabezas

Objetivo: Que los participantes logren identificar al vector de la enfermedad de Chagas que es endémico del estado de Veracruz, a través de la comparación de las distintas imágenes.

Descripción: se les pedirá a las participantes que se integren en grupos de 5 personas de acuerdo al color de la etiqueta que elijan. Posteriormente se les entregará un rompecabezas con la imagen de alguna de las diferentes chinches que les fueron mostradas durante el diagnóstico y se les darán 15 minutos para armarlo. Después se les pedirá que comparen su rompecabezas con el de otros equipos y decidan cual pertenece al talaje. Los coordinadores harán preguntas sobre las características del vector y se pedirá al grupo una conclusión

Materiales: 2 juegos de 4 imágenes correspondientes a diferentes tipos de chinches pegados sobre papel batería y recortado en formas irregulares.

Tiempo: 15 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador estará atento a las peticiones de los participantes, los orientará en la solución del rompecabezas sin ser protagonista de la actividad, es decir, no será él quien solucione el rompecabezas.

VI. Plática informativa 2

Objetivo: Introducir aspectos relacionados con los hábitos de alimentación de la chinche o talaje.

Descripción: uno de los facilitadores explicará mediante una lámina de papel bond los hábitos de alimentación y crecimiento de la chinche o talaje

Materiales: papel bond, plumones y cinta adhesiva.

Tiempo: 10 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador responderá a las dudas de los participantes, invitándolos a la reflexión y abierto a los comentarios.

VII. Falso o verdadero

Objetivo: que el grupo comparta saberes sobre los hábitos de alimentación y crecimiento de la chinche o talaje a través del juego y la cooperación.

Descripción: se integrarán equipos por afinidad de 15 o menos personas y se le invita a ponerse de pie frente a la lámina. En el papel bond habrá una serie de afirmaciones sobre los hábitos de alimentación y crecimiento de la chinche o talaje, donde los participantes tendrán que decidir si dichas afirmaciones son falsas o verdaderas, moviéndose a la derecha si consideran verdadera la afirmación, o a la izquierda si la consideran falsa.

Materiales: papel bond y plumones

Tiempo: 10 minutos

Actividades del facilitador: el facilitador deberá mostrar una actitud dinámica con los participantes, motivándolos a realizar

VIII. Plática informativa 3

Objetivo: explicar que es la enfermedad de Chagas y sus formas de transmisión.
Descripción: dos integrantes del equipo explicarán mediante láminas de papel bond: la enfermedad de Chagas y sus formas de transmisión.
Materiales: papel bond, plumones y cinta adhesiva. **Tiempo:** 15 **Actividades del facilitador:** el facilitador responderá a las dudas de los participantes, invitándolos a la reflexión y abierto a los comentarios.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Vector

El Trypanosoma cruzi se transmite a través del contacto con insectos triatominos, que son hematófagos obligados y de hábitos nocturnos. La mayoría de las infecciones en el hombre se producen en zonas rurales, en donde el parásito se transmite a través de las heces del insecto cuando los insectos infectados se alimentan con la sangre de un animal u hombre. Los vectores infectados excretan los tripanosomas en sus heces durante la succión de sangre.

Transfusional

La transmisión del T. cruzi por transfusión sanguínea ha pasado a constituir, después de la vectorial, la segunda causa de la infección chagásica en diversas regiones de América, no obstante es el más prevenible a través del control de bancos de sangre y de los donantes.

Congénita

La transmisión del *T. cruzi* se da cuando la madre infecta a su hijo durante su embarazo. Al momento de nacer, el niño infectado habitualmente no presenta síntomas y si manifiesta estos son muy leves. En algunas ocasiones se presentan cuadros graves e incluso la muerte, ya que se puede presentar meningoencefalitis, megasíndromes gastrointestinales, anasarca, y dificultad respiratoria.

Trasplante de órganos

La transmisión por trasplante de órganos de donadores infectados se ha reportado, sobre todo, en casos de trasplante de riñón. Los trasplantes de corazón, médula ósea y páncreas de donantes vivos y muertos son también posibles causas de transmisión de la enfermedad de Chagas.

Accidental

La transmisión accidental de la enfermedad de Chagas se da en situaciones de laboratorios y hospitales.

Oral

Actualmente se notifica la transmisión oral de la enfermedad de Chagas, tras la ingestión de alimentos contaminados con triatominos infectados o con sus excretas.

IX. ¡La chinche te pica!

Objetivo: reforzar el tema de la enfermedad de Chagas y sus formas de transmisión.

Descripción: el grupo se pondrá de pie en forma de círculo y se pasarán un cojín con forma de chinche mientras un integrante del equipo repite: “¡la Chinche te pica….te pica, te picó!” la persona que se quede con la pelota contestará una pregunta relacionada a la enfermedad de Chagas y sus formas de transmisión. En caso de que le toque a un coordinador, una participante le preguntará algo relacionado con el vector o la enfermedad de Chagas.

Materiales: cojín con forma de chinche.

Tiempo: 10 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá integrarse a la actividad, siendo parte activa del desarrollo de la misma y respondiendo las preguntas que se realicen en el caso ser seleccionado.

X. Plática informativa 4

Objetivo: explicar cuáles son las fases, síntomas, signos de la enfermedad de Chagas, así como el tratamiento y diagnóstico.

Descripción: dos integrantes del equipo explicaran mediante papel bond las fases, síntomas, signos de la enfermedad de Chagas, así como el tratamiento y diagnóstico

Materiales: papel bond, plumones y cinta adhesiva.

Tiempo: 10 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador responderá a las dudas de los participantes, invitándolos a la reflexión y abierto a los comentarios.

XI. Línea del tiempo

Objetivo: que los participantes puedan identificar a través de la línea del tiempo las fases, síntomas, signos de la enfermedad de Chagas, así como el tratamiento y diagnóstico.

Descripción: participantes que se organicen por afinidad en equipos de 10 a 15 miembros. Los coordinadores pegarán una o tres líneas del tiempo iguales dependiendo del tamaño del grupo posteriormente se repartirán a cada equipo una serie de imágenes y después se les dará 15 minutos para discutir el orden cronológico de las fases, síntomas, signos de la enfermedad de Chagas, así como el tratamiento y diagnóstico. Luego se les pedirá que peguen a lo largo de la línea las imágenes.

Al concluir se pedirá al grupo que comparen sus líneas del tiempo y después se discutirá con los coordinadores la cronología para formar una conclusión grupal.

Materiales: 2 metros de papel craft por equipo, papel de china, plumones, pegamento en barra o líquido, plumones, hojas de colores, imágenes de las fases,

signos y síntomas, complicaciones, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas.

Tiempo: 20 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá responder las dudas invitando a la reflexión, sin brindar las respuestas a los participantes. Deberá actuar con calidez y amabilidad.

FASES DE LA ENFERMEDAD, SIGNOS Y SÍNTOMAS

Clínicamente, la enfermedad de Chagas se clasifica en tres fases: **aguda, intermedia y crónica.**

Fase aguda

Dura de cuatro a ocho semanas. En esta fase de la infección el enfermo generalmente presenta síntomas como dolor de cabeza, anorexia, malestar, mialgia, dolores en las articulaciones, debilidad, náuseas, vómito, diarrea, etc. Por otro lado el chagoma se manifiesta en la región ocular llamado signo de Romaña, que se presenta como edema de color rosado violáceo claro, indoloro y duro. Los chagomas pueden presentarse en cualquier parte de la piel, son lesiones de color rosado violáceo e indurado, de duración variable, que pueden durar hasta 15 días.

Fase intermedia

Pasada la fase aguda, comienza entre ocho y diez semanas donde la persona entra en un estado de cura aparente y asintomática, puede durar 10 a 30 años o indefinidamente hasta que aparecen otras manifestaciones.

Fase crónica

En esta fase se presentan anomalías del sistema digestivo como el megaesófago o megacolon, que pueden producirse de manera consecuente con la cardiopatía y el abdomen puede distensarse en forma asimétrica.

XII. Evaluación de la sesión 1

Objetivo: que los participantes brinden su opinión sobre satisfacción durante la sesión.

Descripción: en un papel bond se escribirá sentí" y se pondrán en tres columnas: bien, más o menos y mal con caritas de papel que expresen lo anterior, posteriormente las participantes pondrán una palomita en la columna que represente como sintieron en esta primera sesión

Materiales: papel bond, plumones y cinta adhesiva.

Tiempo: 3 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá conceder libertad y privacidad a los participantes para evitar sesgos por cortesía.

XIII. Evaluación de los facilitadores

Objetivo: que los coordinadores conozcan su desempeño durante la sesión 1.

Descripción: se le dará a cada participante una tarjeta, para que designen una calificación en un rango de 0 a 10, a los coordinadores de la plática

Materiales: fichas bibliográficas y lapiceros.

Tiempo: 5 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá conceder libertad y privacidad a los participantes para evitar sesgos por cortesía.

XIV. Cierre de la sesión 1

Objetivo: dar cierre a la sesión 1, reflexionando sobre los aspectos más importantes abordados durante la sesión.

Descripción: los facilitadores le agradecen al grupo por a ver asistido a la primera sesión y su participación en cada actividad, así mismo invitan a la segunda sesión

Materiales: ninguno.

Tiempo: 10 minutos.

Actividades del facilitador: recapitular y motivar a la reflexión sobre los temas abordados en la sesión.

Sesión 2

XV. Bienvenida

Objetivo: que el grupo se active y se familiarice con los facilitadores.

Descripción: los facilitadores darán la bienvenida a los participantes.

Materiales: ninguno.

Tiempo: 3 minutos.

Actividades del facilitador: crear un ambiente de confianza y respeto, además de motivar a los participantes a recordar el contenido visto en la sesión anterior.

XVI. Etiquetas

Objetivo: que los participantes y los facilitadores conozcan el nombre de todos.

Descripción: los participantes escribirán su nombre en una etiqueta adherible y se la pegarán en el pecho.

Materiales: etiquetas adheribles y plumones.

Tiempo: 5 minutos.

Actividades del facilitador: crear un ambiente de confianza y respeto, además de motivar a los participantes a recordar el contenido visto en la sesión anterior.

Prestar atención a los participantes y mostrarse interesado por saber sus nombres.

XVII. Calentamiento

Objetivo: activar a los participantes y realizar calentamiento muscular para evitar posibles lesiones durante el desarrollo de la sesión.

Descripción: todo el grupo estará de pie formando un círculo y se les pedirá que lentamente y de acuerdo a sus capacidades, comiencen a mover una a una las partes de su cuerpo, comenzando desde los pies y poco a poco subir hasta llegar a la cabeza.

Materiales: ninguno.

Tiempo: 5 minutos

Actividades del facilitador: crear un ambiente de confianza y respeto, además de motivar a los participantes a recordar el contenido visto en la sesión anterior. Prestar atención a aquellos participantes que no puedan realizar los ejercicios para ubicar otras estrategias. Es recomendable invitar a los participantes a proponer nuevos ejercicios para esta actividad.

XVIII. Lluvia de ideas

Objetivo: Repasar la información sobre el vector y la enfermedad de Chagas.

Descripción: Se les pedirá a las participantes que por afinidad se integren en equipos de 15 o menos personas y que en un papel bond pongan los puntos que más recuerden en la anterior sesión. Posteriormente un coordinador retomara los puntos que escribieron en el papel para hacer una conclusión.

Materiales: papel bond, plumones y cinta adhesiva.

Tiempo: 10 minutos.

Actividades del facilitador: responder a las dudas de los participantes y crear un ambiente de confianza y respeto, además de motivar a los participantes a recordar el contenido visto en la sesión anterior.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo más frecuentes para la presencia de la chinche son:

- Falta de aseo en el hogar
- Montones de ropa o leña
- Gallineros o corrales cerca de la casa
- Animales dentro de la casa (perros, gatos, gallinas, etc.)
- Grietas en las paredes
- Poca ventilación e iluminación
- Techo de palma
- Detrás de muebles y cuadros

XIX. Plática informativa 5

Objetivo: Introducir los factores de riesgo que favorecen la presencia del vector (talaje).

Descripción: Un coordinador del equipo explicara mediante láminas de papel bond: los factores de riesgo relacionados con el vector.

Materiales: papel bond, plumones y cinta adhesiva.

Tiempo: 10 minutos.

Actividades del facilitador: responder a las dudas de los participantes y crear un ambiente de confianza y respeto, además de motivar a los participantes a recordar el contenido visto en la sesión anterior.

XX. Sopa de letras

Objetivo: reforzar el tema de factores de riesgo con actividades participativas.

Descripción: Se les pedirá a las participantes que por afinidad hagan equipo de dos personas. Después se les dará una planilla de sopa de letras para que busquen los factores de riesgos que incrementan la presencia del talaje dentro y fuera de su casa, mediante la guía de un papel bond el cual tendrá escrito estos factores de riesgo.

Materiales: planilla con letras, colores de madera.

Tiempo: 20 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador estará atento a las peticiones de los participantes, los orientará en la solución de la sopa de letras sin ser el protagonista de la actividad, es decir, no será él quien solucione la sopa de letras.

XXI. Plática informativa 6

Objetivo: recuperar experiencias o saberes de las participantes

Descripción: Se invitará a una de las participantes a que pase al frente del grupo para explicar a sus compañeras cual es la manera correcta de capturar a la chinche.

Materiales: papel bond, plumones y cinta adhesiva.

Tiempo: 15 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá integrarse a la actividad. Su papel será secundario y únicamente le corresponderá resolver las dudas que resulten de la demostración de los participantes.

XXII. Describiendo los pasos para capturar a la chinche

Objetivo: Reforzar los pasos de la técnica para capturar al vector.

Descripción: se les pedirá a las participantes que conformen equipos de 5 personas por afinidad. Después un facilitador repartirá material entre los equipos para que describan los pasos de la captura de la chinche.

Materiales: papel craft, plumones, imágenes sobre la captura, pegamento en barra o líquido y colores de madera.

Tiempo: 15 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá estar en continuo movimiento entre los equipos para responder las dudas de los participantes con amabilidad y motivando la reflexión.

XXIII. Plática informativa 7

Objetivo: explicar las principales medidas de saneamiento para evitar la presencia de la chinche en los hogares.

Descripción: Un coordinador del equipo explicaran mediante láminas de papel bond: las medidas de saneamiento.

Materiales: papel bond, plumones y cinta adhesiva.

Tiempo: 10 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá responder las dudas de los participantes con amabilidad, motivando la reflexión.

XXIV. Memorama

Objetivo: reforzar el conocimiento sobre las principales medidas de saneamiento para evitar la presencia de la chinche.

Descripción: Se les pedirá a las participantes que formen equipos por afinidad de 15 a menos personas y se jugara con un memórame de medidas de saneamiento.

Materiales: parejas de imágenes sobre las medidas de saneamiento, papel craft, pegamento y cinta adhesiva.

Tiempo: 15 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá responder las dudas de los participantes con amabilidad y motivando la reflexión.

MEDIDAS DE SANEAMIENTO

Las acciones que se pueden realizar en casa para evitar la presencia de la chinche son:

- Encalar paredes
- Resanar paredes
- Alejar la cama y los muebles de la pared
- Limpiar detrás de cuadros y muebles
- Mantener la casa ventilada e iluminada
- Mantener la casa limpia y en buen estado
- Tener a los animales limpios y alejados de la casa
- Utilizar insecticidas

XXV. Telaraña

Objetivo: Reflexionar sobre las temáticas vistas en las dos sesiones**.**

Descripción: de acuerdo a la anterior actividad se les pedirá que continúen en ese equipo de 15 o menos personas para realizar la actividad de la telaraña la cual ayudara a sacar las dudas e interrogantes de la participantes ya que una de uno de los coordinadores iniciara lanzando una bola de estambre a otra participante y así consecutivamente hasta que todos tengan un extremo del hilo después se desenredará mediante la contestación de preguntas y dudas que surjan de quien tiene el control del hilo

Materiales: madeja de estambre.

Tiempo: 15 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador se integrara a la actividad, participando de la misma manera en que lo hace el resto del grupo, brindando su reflexión final cuando sea su turno.

XXVI. Evaluación de la sesión 2

Objetivo: Que las participantes evalúen el desempeño de la sesión II de acuerdo a su percepción.

Descripción: Se pondrá en un papel bond la pregunta: ¿Cómo me sentí hoy en la sesión? y se pondrán en tres columnas las posibles respuestas de bien, más o menos y mal con caritas de papel que expresen lo anterior, posteriormente las participantes pondrán una palomita en la columna que represente como sintieron en esta primera sesión.

Materiales: caritas de papel, papel bond, pegamento, plumones.

Tiempo: 5 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá conceder libertad y privacidad a los participantes para evitar sesgos por cortesía.

XXVII. Evaluación a los coordinadores

Objetivo: Las participantes evaluaran el desempeño de los coordinadores. Que los coordinadores conozcan su desempeño durante la sesión 2.

Descripción: Se le dará a cada participante una tarjeta, para que designen una calificación en un rango de 0 a 10, a los coordinadores de la plática.

Materiales: fichas bibliográficas, plumones y lapiceros

Tiempo: 3 minutos.

Actividades del facilitador: el facilitador deberá conceder libertad y privacidad a los participantes para evitar sesgos por cortesía.

XXVIII. Cierre de sesión

Objetivo: Concluir la segunda sesión con reflexiones de las participantes. **Descripción:** Los coordinadores le agradecen al grupo por a ver asistido a las sesiones y recalcan la finalidad de las pláticas y actividades participativas. Finalmente se invita a las participantes a realizar una reflexión final sobre ambas sesiones. **Materiales:** ninguno. **Tiempo:** 5 minutos. **Actividades del facilitador:** el facilitador deberá crear un ambiente de confianza y respeto para que los participantes puedan expresar sus opiniones**.**

XXIX. Materiales

Materiales	**Costo**
Etiquetas adheribles (paquete de 60)	$17.00
20 Plumones	$40.00
50 Hojas blancas	$15.00
50 Hojas de distintos colores	$24.00
Pegamento líquido	$30.00
10 pliegos de papel bond	$24.00
Cinta adhesiva	$25.00
8 metros de papel craft	$32.00
10 pliegos de papel de china	$6.00
Fichas bibliográficas (paquete de 100)	$6.00
30 Lapiceros	$40.00
30 fotocopias de sopa de letras	$12.00
Imágenes del vector, factores de riesgo, signos, síntomas, etc.	$400.00
3 Frascos transparentes con tapa	$11.00
Total	**$682.00**

Carpeta del facilitador

Cédula de cotejo

Cedula de cotejo sobre el material a emplear en el taller educativo sobre la enfermedad de Chagas y el reconocimiento del vector.

MATERIAL	SI	NO
Etiquetas adheribles		
Plumones		
Siluetas de papel de cuerpo humano		
Prendas de papel		
Resistol		
Pinzas para ropa		
Tendedero		
Láminas de papel bond		
Rompecabezas del talaje		
Rompecabezas de otra chinche		
Pelota de plástico		
Líneas del tiempo		
Papel craft		
Colores de madera		
Caritas de papel		
Fichas bibliográficas		
Lapiceros		
Lápices		
Sopas de letras sobre factores de riesgo		
Bolsas		
Cajas		
Frascos transparentes		
Palitos de madera		
memorama		
Madejas de estambre		
Sobres		
Imágenes de medidas de saneamiento		

ACTIVIDADES	SI	NO
Presentación		
Integración de los asistentes		
Tendedero		
Características de la chinche		
Ciclo reproductivo de la chinche		
Rompecabezas		
Hábitos dela chinche		
Vive alrededor de la vivienda o dentro de ella		
Se alimenta de sangre de animales y personas		
Más frecuente en épocas calurosas		
Se alimentan durante la noche		
Falso/verdadero		
Enfermedad de Chagas y su transmisión		
Causada por el parasito que está en el estómago del talaje y es expulsado en sus heces.		
Formas de transmisión:		
Por rascarse introduciendo el parasito		
Lesiones en la piel		
Comer alimentos contaminados		
Transfusión de sangre		
Madre a hijo		
Leche materna		
La chinche te pica		
Fases de la enfermedad, , signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento		
Fases de la enfermedad:		
Aguda		
chagoma (verdugón)		
Signo de Romaña		
vomito		
Dolor de cabeza		
Cansancio		
temperatura		
Detección de la enfermedad		
Medicamento		
Indeterminada		
No presenta síntomas		
Crónica		
Afecciones cardiacas		
Afecciones del estomago		
Línea del tiempo		

Evaluación de la sesión I		
Evaluación de los coordinadores		
Cierre de sesión		
bienvenida		
Integración de los participantes		
Calentamiento		
Lluvia de ideas		
Factores de riesgo relacionados a la presencia del vector		
Paredes de adobe		
Paredes sin revocar		
Paredes de piedra		
Falta de aseo en las viviendas		
Los animales dentro de la casa		
Vivienda oscura u poco ventilada		
Captura de la chinche o talaje		
No perder de vista a la chinche		
Conseguir un frasco con tapa y ponerle un papel doblado en forma de acordeón		
Invertir el frasco y esperar a que la chinche se meta en el		
Escribiendo los pasos para capturar el talaje		
Medidas de saneamiento		
Encalar las paredes de las casas		
Alejar la cama y los muebles de las paredes		
Limpiar detrás de cuadros y muebles		
Mantener la casa iluminada y ventilada		
Mantener a los perros y gatos fuera de la casa		
Usar insecticidas		
Memorama		
Telaraña		
Evaluación de la sesión II		
Evaluación de los coordinadores		
Cierre de sesión		

Carpeta del facilitador

Propuesta de folleto

Cara A

Enfermedad de Chagas

¿Qué es?

Es una enfermedad transmitida por un parásito que habita en la chinche o talaje y que afecta al corazón y los intestinos.

¿Cuáles son los síntomas?

- Verdugones o moretones
- Hinchazón de un ojo
- Calentura de 38 a 40°
- Náuseas
- Vómito
- Dolor de cabeza

¿Dónde vive la chinche o talaje?

¡Cuidado, puede vivir en tu casa!

Detrás de cuadros y muebles

Grietas en las paredes

Techos de palma

Vigas

Bajo los colchones

También puede estar en tu patio...

Si tienes gallineros y corrales, montones de escombro, leña u otros materiales.

¡Identifícala por sus colores!

Es amarilla con puntos negros en

¿De qué se alimenta?

De sangre de personas y animales.

¿Qué hago si veo una?

No la pierdas de vista y captúrala en un frasco con tapa, **no la mates**. Después llévala al centro de salud y entrégasela al Doctor.

Cara B

¿La enfermedad de Chagas sólo se contagia si me pica la chinche?

No, existen otras formas de contagio, como la infección de heridas por contacto con la caca de las chinches, el consumo de alimentos que contengan desechos de las chinches, por trasfusión de sangre contaminada con el parásito causante de la enfermedad, y de madre a hijo al momento del nacimiento o durante la lactancia.

¿Cómo puedo saber si tengo Chagas?

La forma más segura es haciéndote análisis de laboratorio que confirmen o descarten el diagnóstico de Chagas.

Existe medicamento contra la enfermedad de Chagas, pero sólo es efectivo si se toma dentro de los primeros 120 días después de haber sido picado por la chinche.

¿Cómo me protejo?

Mantén limpia tu casa

Pinta las paredes con cal

No tengas animales dentro de la casa

No pegues los muebles a la pared

Revisa tu cama antes de dormir

No acumules leña o materiales cerca de tu casa

Si tú y tus vecinos se organizan, pueden evitar la presencia de chinches transmisoras de la enfermedad de Chagas.

Servicios de Salud de Veracruz

Departamento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vector

Calle Xocoyuscco No. 31 Col. Aguaspatal

C.P. 91130 Xalapa, Ver.

Tel. 01228 -42 00 00 ext. 3281 y 3410

Vectores@ssaver.gob.mx

Anexo IV. Cuestionario

Universidad Veracruzana

Instituto de Salud Pública

Servicios de Salud del Estado de Veracruz

Proyecto de intervención

Fecha: _____ **Folio:** _____

Nombre de encuestador:_____ Hora de inicio:_____ Hora final:_____

Este cuestionario tiene el objetivo de conocer la información que posee acerca de la enfermedad o mal Chagas e identificación del vector "Chinche o talaje" y otros aspectos relacionados. La información que nos proporcione será utilizada para fines académicos, nos ayudaráq a desarrollar el material para el proyecto educativo a presentar en el taller. Garantizamos la confidencialidad de los datos proporcionados.

Acepta participar: Sí_____ No _____

Firma: _____

Ficha de identificación

Nombre: _____ Sexo: H ( ) M ( )

Edad: _____

Dirección de la vivienda:

_____

[Calle, Avenida, Callejón, Carretera, Camino, Boulevard, Km, etc.]

_____ _____ _____ _____

N° Exterior N° Interior [Colonia, fraccionamiento, barrio] Localidad

_____

Municipio

Ocupación y escolaridad

¿Actualmente a que se dedica?

Quehaceres del hogar ( ) Estudiante ( ) No trabaja ( )

Trabaja ( ) Especifique: _____

¿Sabe leer y escribir un recado?

Sí ( ) No ( )

¿Qué estudios completos tiene?

Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Carrera técnica o comercial (Después de la secundaria) ( ) Bachillerato ( ) Carrera técnica o comercial (después del bachillerato) ( ) Titulado de licenciatura ( ) titulado de maestría ( ) titulado de doctorado ( ) Otro ( ) Especifique:_____

I. Cédula de diagnóstico

1. ¿Has visto alguna chinche o talaje en tu casa?
   a) Sí
   b) No (Pase a la pregunta 3)
2. En qué lugar de tu casa:
   a) Intra-domiciliario
   b) Peri-domiciliario
3. ¿Usted o alguna de las personas que viven en tu domicilio han sido picados por la chinche o talaje?
   a) Sí. Especifique quien:_____
   b) No

II. Enfermedad de Chagas

4. ¿Sabes qué es la enfermedad o mal de Chagas?
   a) Sí
   b) No (Pase a la pregunta 6)

5. La enfermedad o mal de Chagas es causada por:
   a) Parásitos
   b) Bacterias
   c) Virus

Mecanismos de transmisión

6. La enfermedad o mal de Chagas se transmite por:
   a) La chinche o talaje
   b) Transfusión sanguínea o transplante de órganos
   c) De madre a hijo
   d) Vía oral (alimentos contaminados por las heces de las chinches)
   e) Contacto de las heces de las chinches en ojos, boca o lesiones en la piel

Fases de la enfermedad

7. ¿Sabes cuáles son las fases de la enfermedad o mal de Chagas?
   a) Sí
   b) No (Pase a la pregunta 9)
8. La fases de la enfermedad de Chagas son:
   a) Aguda
   b) Intermedia
   c) Crónica
   d) Todas las anteriores
   e) Ninguna de las anteriores

Signos y síntomas

9. ¿Sabe cuáles son los síntomas de la enfermedad o mal de Chagas?
   c) Sí
   d) No (Pase a la pregunta 11)

10. Los síntomas de la enfermedad o mal de Chagas son:
    a) Fiebre
    b) Escalofríos
    c) Dolor de cabeza
    d) Nausea, vomito o diarrea
    e) Todas los anteriores
    f) Ninguna de las anteriores

11. ¿Sabe cuáles son los signos de la enfermedad o mal de Chagas?

    a) Sí
    b) No (Pase a la pregunta 13)

12. Los signos de la enfermedad o mal de Chagas son:

    a) Verdugones o moretones
    b) Inflamación de parpados (Signo de Romaña)
    c) Todas las anteriores
    d) Ninguna de las anteriores

Complicaciones

13. ¿Sabe cuáles son las complicaciones de la enfermedad o mal de Chagas?

    a) Sí
    b) No (Pase a la pregunta 15)

14. Las complicaciones de la enfermedad o mal de Chagas son:

    a) Afecciones cardiacas
    b) Afecciones gastrointestinales
    c) Afecciones del sistema nervioso
    d) Todas las anteriores
    e) Ninguna de las anteriores

Diagnóstico

15. ¿Sabe usted si existe alguna prueba de laboratorio para confirmar el diagnóstico de la enfermedad o mal de Chagas?

a) Sí
b) No

Tratamiento

16. ¿Sabe usted si existe algún tratamiento para la enfermedad o mal de Chagas?

a) Sí
b) No

III. Identificación y captura del vector

17. Señale cuál de las siguientes imágenes corresponde a la chinche o talaje:

(Mostrar las imágenes de la Chinche o talaje)

a) ___ b)___ c)____ d)_____

18. ¿En qué época del año es común ver a las chinches o talaje?

a) Calurosas (primavera y verano)
b) Templadas (Otoño e invierno)

19. Las chinches se alimentan de sangre de:

a) humanos
b) animales domésticos (perros, gatos, etc.)
c) animales de granja (gallinas, aves, etc.)

20. Las chinches suelen alimentarse durante:

a) La mañana
b) La Tarde
c) La Noche

21. ¿Qué harías si vieras una chinche o talaje en tu casa?

a) Matarla
b) Capturarla
c) Ahuyentarla (sacarla del domicilio)
d) Nada

Si responde el inciso “b” pase a la pregunta 19, si no a la 21

22. Ordena los pasos del 1 al 3 para capturar a la chinche o talaje:

( ) No perder la chinche o talaje de vista
( ) Invertir el frasco y esperar a que la chinche o talaje se meta en él.
( ) Conseguir un frasco con tapa y ponerle un papel doblado en forma de acordeón

23. ¿Después de capturar a la chinche o talaje que haces con ella?

a) Tirarla a la basura
b) Guardarla
c) Llevarla a la unidad médica

IV. Factores de riesgo

24. ¿Qué condiciones favorecen tener chinches o talajes dentro de tu casa?

a) Pared de adobe, ladrillos sin revoque o de piedra
b) Falta de aseo
c) Animales dentro de la casa (perros, gatos, gallinas, etc.)
d) Tener poca ventilación e iluminación en la casa

25. Dentro de tu casa la chinche o talaje se puede esconder en:

a) Grietas y ranuras en las paredes
b) Cajas o ropa amontonada
c) Detrás de muebles o cuadros
d) La tejas
e) Vigas
f) Techo de palma

26. Afuera de tu casa la chinche se puede esconder en:

a) Gallineros y corrales cerca de la casa
b) Escombros
c) Montones de leña u otros materiales (ladrillos, teja, etc.)

V. Medidas de saneamiento

27. ¿Qué puedes hacer para no tener chinches o talajes en tu casa?

a) Encalar paredes
b) Alejar la cama y muebles de la pared
c) Limpiar detrás de cuadros y muebles
d) Mantener la casa ventilada e iluminada
e) Mantener la vivienda limpia y en buen estado
f) Tener a los animales limpios y alejados de la casa
g) Utilizar insecticidas

VI. Redes

28. ¿Quién te ha dado la información sobre la enfermedad o mal de Chagas?

a) Familiares
b) Vecinos
c) Personal de Salud
d) Medios de comunicación (radio, televisión, periódicos, etc.)
e) Nadie

29. ¿Estarías dispuesto a compartir la información sobre la enfermedad o mal de Chagas con otras personas de tu comunidad?

a) Sí
b) No

¡Gracias por su participación!

Referencias

1. NOM-032-SSA-2002, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfemedades transmitias por vector., 2002. (Accessed 7 mayo, 2014, at http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/032ssa202.html.)
2. R Z-C. Enfermedades infecciosas en Veracruz y México. México: Universidad Veracruzana; 2013.
3. Health TCfFSP. Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas): Iowa State University; 2010.
4. Guía de Diagnóstico, Tratamiento y Prvención de la Enfermedad de Chagas. In: Ministerio de Salud de Chile; 2011.
5. Salud OMdl. Control de la enfermedad de Chagas. Informe de un comité de expertos de la OMS. 1992:76.
6. Crocco L, Catalá S, Martínez M. Enfermedad de Chagas. Modulo de actualización. Argentina: Editorial Científica Universitaria; 2002.
7. Carrada-Bravo T. T. cruzi: Historia natural y diagnóstico de la enfermedad de Chagas. Rev Mex Patol Clin 2004;51:15.
8. Cabarin-Lima A. Enfermedad de Chagas: una enfermedad olvidada. Elementos 2011:7.
9. Melgar S, Chavez JJ, Landaverde P, et al. The number of families of Triatoma dimidiata in a Guatemalan house. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz 2007;102:221-3.
10. Reyes M, Angulo VM. [Life cycle of Triatoma dimidiata latreille, 1811 (Hemiptera, Reduviidae) under laboratory conditions: production of nymphs for biological tests]. Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud 2009;29:119-26.
11. Guhl F. Enfermedad de Chagas: Realidad y perspectivas. Rev Biomed 2009;20:7.
12. Warner B. Educación para el control de la enfermedad de Chagas: Oficina sanitaria panamericana; 1976.
13. educación IdlUpl. Educación para la salud, promoción y educación para la salud. In: UNESCO, ed.; 1997.
14. Breinbauer C, Maddaleno H. Jóvenes: opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
15. Moreno-San Pedro E, Rosales-Nieto G. El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Rev Int Psicol Ter Psicol 2003;3:19.
16. Alvarado O. Gestión de proyectos educativos. Lineamientos metodológicos. In: editorial Cdpdf, ed.: Universidad Mayor de San Marcos, Perú; 2005.
17. SMITH JANET CC. Getting to Scale in Young Adults Reproductive Health Programs. In; April 2000.
18. Gavin LE, Catalano RF, David-Ferdon C, Gloppen KM, Markham CM. A review of positive youth development programs that promote adolescent sexual and reproductive health. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine 2010;46:S75-91.
19. Ávila-Montes G, Martínez M, Ponce C, et al. Participación comunitaria para el control de la enfermedad de Chagas: experiencia educativa en un área endémica de Honduras. Revista Médica Hondureña 1996;64.

20. Ávila-Montes G, Martínez-Hernández M, Ponce C, Ponce E, Soto-Hernández R. La enfermedad de Chagas en la zona central de Honduras: conocimientos, creencias y prácticas. Rev Panam Salud Pública 1998;3.
21. Crocco L, Santamarino M. Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. Rev Panam Salud Pública 2000;7.
22. Chávez-Prieto P, Ureta-Núñez Y, Ceballos-Urday O. Conocimientos, actitudes, antecedentes y conductas ante la enfermedad de Chagas en la población de una zona endémica de Arequipa, Perú. CIMEL 2006;11:4.
23. Salazar J, Olguín F, Olivera E, et al. Enfermedad de Chagas crónica en Chile. Experiencia de intervención educativa. Parasitol latinoam 2006;61:4.
24. Veracruz Gded. Enciclopedia municipal veracruzana: Emiliano Zapata. México: Gobierno del estado de Veracruz; 1998.
25. Rassi A, Marin-Neto J. Chagas disease. The Lancet 2010;375:1388-402.
26. Ramsey J, Ordoñez R, Tello-López A, Pohls J, Sánchez V, Peterson A. Actualidades sobre la epidemiología de la enfermedad de chagas en México. In: Ramsey J T-LA, Pohls J., ed. Iniciativa para la Vigilancia y el Control de la Enfermedad de Chagas en la República Mexicana. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003:85-103.
27. La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana). OMS, 2010. (Accessed 22 feb, 2014, at http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/.)
28. Manne J SC, Ramsey J, Ocampo-Salgado M, Bärnighausen T, Reich M. Barriers to Treatment Access for Chagas Disease in Mexico. PLoS Negl Trop Dis 2013;7.
29. L C, C R, S C, J N. Enfermedad de Chagas en Argentina: herramientas para que los escolares vigilen y determinen la presencia de factores de riesgo en sus viviendas. Cad Saúde Pública 2005;21:6.
30. World Healty day. 2011. (Accessed abril 7, 2014, at http://www.paho.org/world-health-day 2014/?page_id=452&lang=es.)

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Proyecto de intervención

Guía para la elaboración de una revista especializada

Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud

Integrantes

Lic. Enfría. Ligia María Rosado Alcocer

Lic. En Q.C. Irene Suárez Torres

Lic. En Psic. Gerardo Rodríguez Montero

Lic. En Nut. Alan Uriel García Tejeda

Asesores internos

MSP. María de Lourdes Mota Morales

Dra. Alejandra Sánchez Bandala

Asesores externos

Dra. Dulce María Espejo Guevara

MSP. Claudia Suárez Tepetla

Xalapa, Ver., 11 de junio de 2014

Dra. Sara Ladrón de Guevara

Rectora

Dr. Ragueb Chaín Revuelta

Secretario Académico

Dra. Carmen Blázquez Domínguez

Directora General de Investigación

Dra. Eli Alejandra Garcimarrero Espino

Director General del Área de Ciencias de la Salud

Dra. Yolanda Jiménez Naranjo

Directora General de la Unidad de Estudios de Posgrado

MSP. Gabriel Riande Juárez

Director del Instituto de Salud Pública

Índice

1. Introducción……..1
2. Marco referencial…….3
   2.1. Marco contextual……..3
      2.1.1. Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud - UIES……...3
      2.1.2. Misión……..3
      2.1.3. Visión……..3
      2.1.4. Objetivo general de la UIES……...3
      2.1.5. Objetivos específicos de la UIES…….3
      2.1.6. Organigrama……4
      2.1.7. Población beneficiada……...5
   2.2. Marco teórico……6
      2.2.1. Antecedentes históricos de la comunicación……...6
      2.2.2. Medios de comunicación……7
      2.2.3. Difusión y divulgación científica……8
      2.2.4. La teoría de la Agenda Setting……10
   2.3. Marco jurídico……11
3. Planteamiento del problema……...13
   3.1. Mecanismo de selección del problema……13
   3.2. Diagnóstico y delimitación del problema identificado……15
4. Objetivos del proyecto de intervención……16
   4.1. Objetivo general……16

4.2. Objetivos específicos……16

4.3. Metas……...16

5. Metodología……17

5.1. Diseño del proyecto de intervención……..17

5.2. Plan de intervención……..17

5.3. Viabilidad del proyecto……..18

5.4. Factibilidad del proyecto……...18

6. Evaluación de la intervención……19

6.1. Estructura y contenido del instrumento……19

6.2. Evaluadores…..……..20

6.3. Escala de respuestas……..20

6.4. Puntuación de las áreas……21

7. Resultados……22

8. Conclusiones y recomendaciones……..23

9. Cronograma……24

10. Referencias……25

Índice de anexos

Anexo A. Área de la UIES…….…..28

Anexo B. Carta descriptiva…….31

Anexo C. Cuestionario para detección de necesidades……..35

Anexo D. Guía de entrevista semiestructurada con actores claves especialistas en creación de revistas……36

Anexo E. Guía de entrevista semiestructurada con actores claves responsables de área de la UIES……...37

Anexo F. Instrumento de evaluación de la guía para la realización de una revista especializada en la UIES……..38

Índice de tablas

Tabla 1. Análisis de las encuestas para detección de problemas y/o necesidades del personal de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud……...……14

Índice de figuras

Figura 1. Organigrama de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud……..……...……..4

Figura 2. Jurisdicciones de SESVER……...……5

Índice de abreviaturas

UIES	Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud.
SESVER	Servicios de Salud de Veracruz.
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.
CONAVE	Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
CEVE	Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica.
SUAVE	Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.
RHOVE	Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica.
SEED	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
CEVE	Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica.
SISVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.
SEMEFO	Servicios Médicos Forenses.
SIVEPAB	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales.
PFA	Parálisis Flácida Aguda.
RSI	Reglamento Sanitario Internacional.
OMS	Organización Mundial de la Salud

1. Introducción

La vigilancia epidemiológica es un sistema que se orienta a la recolección de información sobre los diversos eventos de interés médico epidemiológico, con el objetivo de analizar la información y comunicarla de manera oportuna, a fin de impulsar o reorientar las acciones de prevención y control.

Este proyecto de intervención se desarrolla en la Unidad de Inteligencia Epidemiológica de Salud (UIES) de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), donde se recibe y procesa información epidemiológica que es fundamental para la toma de decisiones respecto a la salud de la población del estado de Veracruz, de aquí la importancia de que se difunda la información.

La difusión o divulgación de la información es la manera en que esta unidad puede dar a conocer el gran trabajo que se realiza; si bien, actualmente cuentan con un boletín epidemiológico cuyo objetivo es presentar la información epidemiológica de una manera descriptiva y dirigida únicamente a los tomadores de decisiones, este no cubre con las necesidades sentidas del personal de la unidad en cuanto a difundir la información de forma general al personal de SESVER.

Otra fuente de salida de la información analizada son las plataformas electrónicas, las cuales son alimentadas con el resultado de dicho análisis. Sin embargo, tanto la interpretación como el acceso son limitados a una población especializada.

Es importante mencionar que existen instituciones de salud que cuentan con medios de información para difundir su quehacer, es por eso que los responsables de la UIES muestra interés por un proyecto que responda a la necesidad de compartir información (de fácil acceso) a los tomadores de decisiones e incluso traspase las fronteras del sector salud en Veracruz, con el propósito de dar a conocer información sobre el panorama epidemiológico del estado y del país.

La creación de una revista especializada en temas afines a la salud, en específico del área de epidemiología, es una intervención visionaria, que generará notables beneficios a mediano y largo plazo principalmente para la población de SESVER.

Se debe mencionar que el tiempo es un factor que afecta una intervención de gran magnitud como lo es una revista especializada para la UIES, sin embargo, ante esta limitante, la propuesta de una guía práctica que facilite a los interesados(as) la elaboración de esta revista, es un inicio sólido para impulsar este proyecto. En este sentido, la intervención por parte del equipo integrado por estudiantes del Instituto de Salud Pública (ISP) se concretó en realizar una guía de procesos para generar una revista especializada, donde se abordaron apartados como la conformación del comité editorial, propuesta de imagen de la revista, los lineamientos para publicación, así como el proceso para registrar la revista ante la dirección general del derecho de autor y la solicitud para el Número Internacional Normalizado para Publicaciones Periódicas (ISSN).

2. Marco referencial

2.1. Marco contextual

2.1.1. Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud (UIES)

Es una institución que permite analizar de forma permanente el comportamiento de las enfermedades bajo vigilancia y plantear la planeación y prestación de los servicios de salud. Está enfocada a lograr la modernización y fortalecimiento de la infraestructura tecnológica y de desarrollo estatal y jurisdiccional.[1]

2.1.2. Misión

Instrumentar un sitio fortalecido con equipamiento y tecnología de punta que integre las herramientas mínimas indispensables para contar con información útil en tiempo real que permita la toma de decisiones.[1]

2.1.3. Visión

Apoyar la planificación y prestación de los servicios de salud, plantear medidas de prevención y control adecuadas a cada nivel de resolución y evaluar su impacto.[1]

2.1.4. Objetivo general de la UIES

Constituir un sistema de inteligencia epidemiológica integrado e interinstitucional que provea de información de calidad que permita la toma de decisiones para mejorar la salud de la población veracruzana.

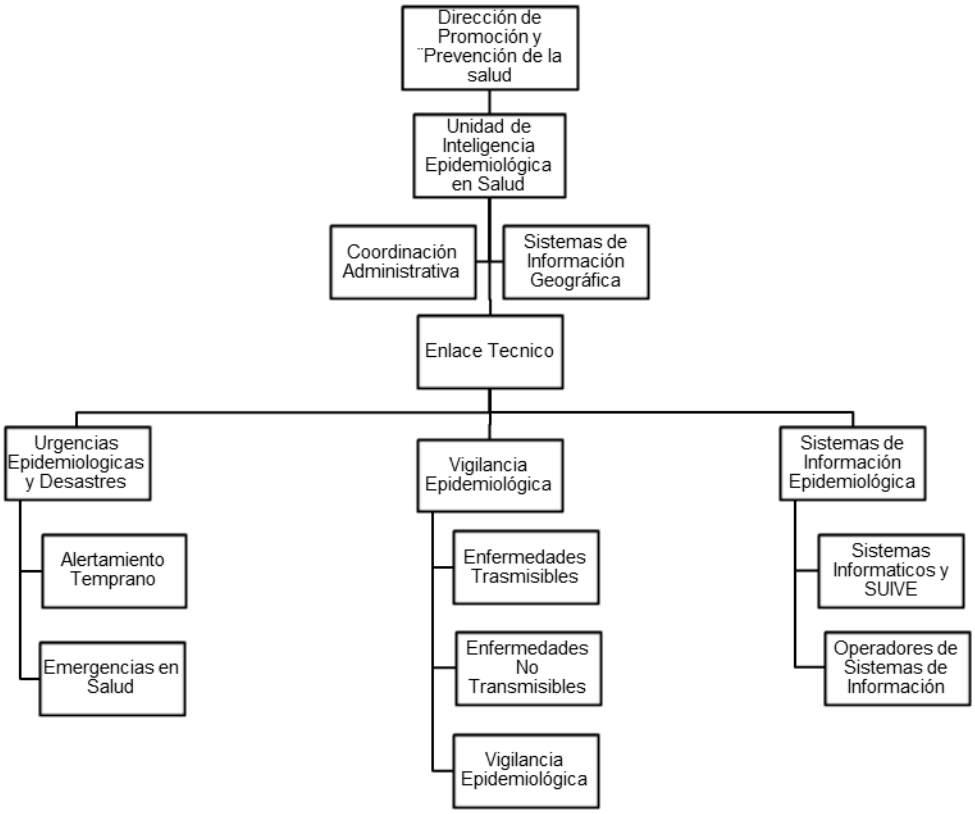
2.1.5. Objetivos específicos de la UIES

- Constituir la punta de lanza para la integración de una red estatal de unidades de inteligencia epidemiológica.
- Actualizar permanentemente el conocimiento del comportamiento de las enfermedades en el estado, municipios y localidades.
- Identificar áreas de riesgo epidemiológico.
- Detectar oportunamente brotes o problemas emergentes.

- Plantear medidas de control adecuadas a cada nivel de resolución y evaluar su impacto.
- Apoyar la planificación y prestación de los servicios de salud.
- Determinar las necesidades en materia de vigilancia epidemiológica y promover la investigación en salud.[1]

2.1.6. Organigrama

Figura 1. Organigrama de la UIES, SESVER



Fuente: SESVER. Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud. Febrero 2014.

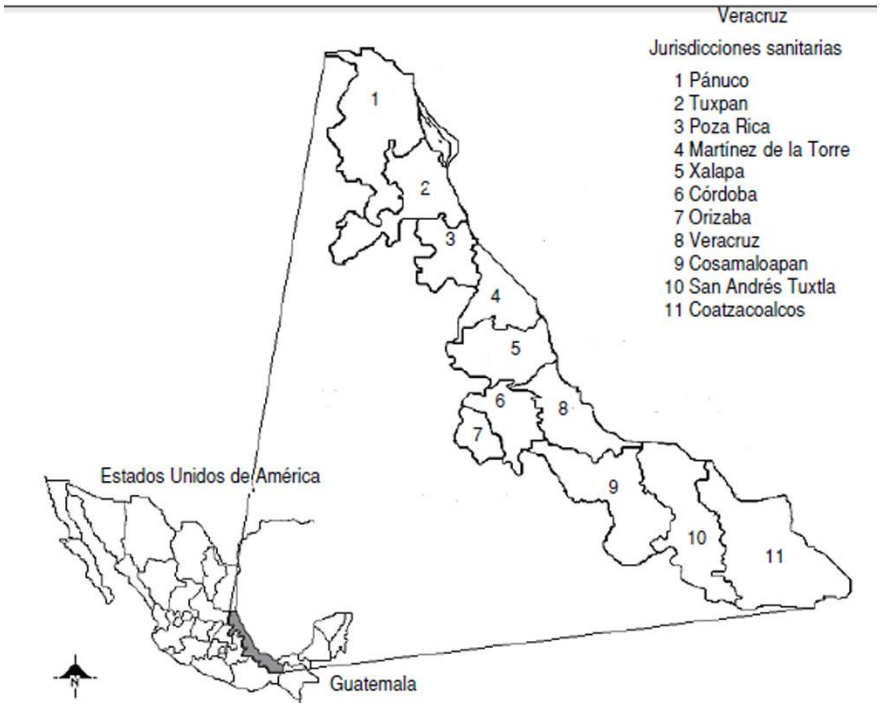
De acuerdo al organigrama de la UIES (Figura 1), la unidad depende de la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud; y al interior, la UIES se encuentra conformada por tres áreas,: a) Urgencias epidemiológicas y desastres,

b) Vigilancia epidemiológica y c) Sistemas de información epidemiológica. (Anexo A)

2.1.7. Población beneficiada

La población directamente beneficiada es la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz con sus 14 jurisdicciones sanitarias, de las cuales soló se encuentran en operación 11 jurisdicciones, ya que las otras tres son de reciente creación. (Figura 2)

Figura 2: Jurisdicciones de SESVER



Fuente: Adaptación propia del mapa de SESVER.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Antecedentes históricos de la comunicación

Los primeros estudios y la enseñanza de temas comunicacionales se efectuaron partir de la primera mitad del siglo XX. Esto debido a la preocupación por el surgimiento de nuevas formas del manejo de propaganda beligerante en Europa a partir del ascenso de Hitler al poder en Alemania y por otro lado, debido a las necesidades políticas de los gobiernos estadounidenses de la época.[2] Está preocupación por la comunicación aparece en el seno de varias ciencias sociales, principalmente la Sociología, la Psicología y la Ciencia Política.

Las primeras corrientes de estudios acerca de la comunicación tuvieron una fuerte influencia del Realismo Aristotélico y del Positivismo de Augusto Comte. Los estudios comunicacionales se basaron en las posturas sociológicas de Emile Durkheim, quien consideró que la sociedad es medible de acuerdo a su fraccionamiento en grupos que buscan satisfacer sus necesidades.

De acuerdo a la corriente funcionalista, y con la necesidad de lograr persuadir a los votantes a que emitieran su voto por determinado candidato, para convencer a los jóvenes que se unieran al ejército y para lograr que consumieran algún producto o servicio, hacen su aparición los medios masivos de comunicación y las investigaciones en este campo se centraron en estudiar los efectos que los mensajes enviados, por los medios, tenían en el receptor.[2]

En este sentido, los investigadores buscaron establecer los mensajes adecuados y las herramientas comunicacionales para lograr los efectos deseados, ya sea con el fin de informar, comunicar, promover, educar, culturizar, entre otros. A partir de la década de los 40 del siglo XX se dio un interesante proceso dentro de la industria de los impresos: el auge de las revistas como alternativa para el público que buscaba algo más que información en los medios de comunicación. Particularmente con las revistas se apertura un panorama más completo de

información dirigido hacia un público específico y con una función o rol determinada.[3]

2.2.2. Medios de comunicación

Actualmente, los medios de comunicación de masas y sus funciones cobran importancia para el quehacer diario en muchos ámbitos como el social, político, económico, religioso, entre otros. Gracias a ellos se tiene información de lo que está pasando a nuestro alrededor.

Marshall McLuhan considera que los medios de comunicación de masas pueden ser considerados como extensiones de las propias facultades sensoriales del individuo o como el sistema nervioso de la comunidad en que se encuentran.[4] Sin embargo, considera que las sociedades han sido moldeadas más por la índole de los medios que comunican los integrantes de la sociedad que por el contenido de la comunicación. Es por esto que considera que “el medio es el mensaje”, una oración acuñada por McLuhan que da a entender que la forma de un medio se incrusta en el mensaje, creando una relación simbiótica en la que el medio influye en cómo el mensaje es percibido.

Este es precisamente el argumento teórico que sustenta el presente trabajo de intervención, porque en la difusión o divulgación de información académica o científica, el tipo de medio de comunicación influye en cómo es percibido el mensaje, sobre todo si del tema de investigación de la salud se habla. Los temas establecidos en una revista especializada en la difusión de investigación tendrán un mayor o menor impacto sobre la comunidad para la cual fue pensada.

Es en este sentido que el equipo de intervención procedió a identificar argumentos teóricos y conceptos relacionados con las funciones de la comunicación y de la viabilidad del uso de determinados medios para los propósitos aquí establecidos.

En 1948 Harold Lasswell determino algunas funciones clásicas de los medios de comunicación de masas[5]

Vigilancia del medio, la cual consiste en recoger, procesar y difundir la información. Es decir los medios nos ayudan a ver lo que está pasando en la sociedad.

Correlación de partes, está función se refiere a que los medios también proporcionan explicaciones e interpretaciones para ayudar a los ciudadanos a comprender el significado de lo que se ha informado.

Transmisión de la herencia cultural, esta hace referencia a que los medios proporcionan una manera de difundir conocimientos de la cultura de generación en generación, sus aciertos, normas y valores.

2.2.3. Difusión y divulgación científica

Es conveniente mencionar que el término de difusión y el de divulgación difieren en el público o destinatario al que se dirigen.

En el ámbito científico y especializado es común referirse a divulgar cuando se trata de poner en conocimiento los resultados de investigaciones dirigidas a un público interesado, extenso y general, que puede comprender la importancia de los resultados y la construcción de los argumentos, pero cuenta con una ilustración general ligera en el campo específico en que se presenta; mientras que difundir se refiere comúnmente a la disposición de este conocimiento ante un público más preciso. Es dirigido a un grupo específico calificado y competente en un campo específico.[6]

En cuanto a los beneficios puntuales de cada orientación de la comunicación, la divulgación del conocimiento posibilita vincular a la sociedad con los objetivos de investigación y con los resultados que la ciencia pueda presentar en pro del entorno social, para que, una vez transformado el conocimiento, cumpla una función social dentro de un contexto distinto al de ciertas comunidades científicas y tecnológicas, con propósitos diferentes para determinadas comunidades culturales, teniendo como uno de sus objetivos informar aspectos de utilidad, señalar impactos y consecuencias sociales y ayudar a comprender riesgos y

beneficios. La difusión por su parte, hace referencia a una tarea imprescindible con el propósito de que el conocimiento científico tenga un impacto significativo en la academia, la sociedad y la industria, a través de procesos de innovación generados a partir de dicho conocimiento; además, es esencial ya que una de las maneras de evaluar la calidad y pertinencia de los avances en las diferentes disciplinas es la difusión y validación de los trabajos académicos y científicos en revistas especializadas. Ahora bien, entendiendo que la UIES muestra una necesidad mixta en términos de divulgar principalmente la información epidemiológica generada, pero además, requiere de difundir investigaciones de su comunidad científica, debe buscar un medio de comunicación que cumpla con ambos objetivos.[6]

Es así como, después de analizar algunos de los principales medios de comunicación escritos, y ante las condiciones de la intervención, se propone la elaboración de una guía de procesos para la producción de una revista especializada, como estrategia para dar respuesta a dichas necesidades. Así, se hace necesario explorar algunos tipos de revistas. En general se diferencian tres tipos de revistas científicas: de divulgación, de difusión, o mixtas (dedicadas parcialmente a las dos tareas). A su vez, estas se pueden clasificar en función del alcance de sus contenidos en generalistas y especializadas, dependiendo de si son muchos o pocos los campos que abarca respectivamente.

Por lo anterior, como ya se había mencionado, el objeto de nuestra intervención apunta hacia una revista especializada, respecto al alcance de sus contenidos y mixta, en referencia a su función de divulgar y difundir información científica.

En este sentido, es importante contar con una definición sobre lo que es una revista (científica o especializada) por lo que, para términos de este proyecto de intervención, se hace referencia a las publicaciones periódicas que incorporan resultados de procesos de investigación y son consideradas como el medio primordial y universal de la comunicación científica, tanto en procesos de difusión como de divulgación. Puede concebirse en su definición, desde los enfoques:

servicio, conocimiento y tecnología. Las revistas permiten no solo discutir y validar la calidad de la investigación, sino que pueden comportarse como una de las entradas en procesos de innovación, además de proteger los derechos de autor.

Existen varios tipos según sus características; por ejemplo, revistas científicas y tecnológicas, científicas y técnicas, académicas, especializadas en ciencia, tecnología e innovación, profesionales, técnicas, de investigación científica y tecnológica o publicaciones especializadas.[6]

2.2.4. La teoría de la Agenda Setting

En función de que el presente proyecto de intervención es una guía de procesos para la elaboración de una revista especializada, se considera fundamental incorporar como parte de este marco la teoría de comunicación de la Agenda Setting. Existen tres tipos de agendas: 1) agenda de los medios, 2) agenda pública y 3) agenda política; dada a la naturaleza del presente trabajo, abordaremos la agenda de los medios. La "Agenda Setting de los medios".[7]

La agenda Setting, contextualizada a nuestro producto de intervención es una agenda temática, la cual será importante abordar, debido a que un medio escrito como lo es la revista, requiere de una agenda temática para establecer áreas prioritarias de cobertura para este medio de comunicación, así también será necesario como elemento de confección del temario, la política editorial o la línea informativa, como lo plantean Bosc-Bierne de Oteiza y Tablante.[8]

Esta es una de las variables más resaltadas a la hora de generar el índice de contenidos que ocuparán las portadas de los medios durante un periodo de tiempo. El número de noticias que aparecen sobre un tema o asunto de estudio se mide en función de su importancia, páginas que ocupa, tiempo dedicado, entre otros.[9]

2.3. Marco jurídico

La UIES tiene su fundamento jurídico desde el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se hace mención que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. El artículo define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.[10]

Asimismo, se sustenta en las siguientes normas oficiales:

- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica. Establece los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.[11]
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-1994, para la Vigilancia, Prevención, Control, Manejo y Tratamiento del Cólera. Esta norma tiene por objeto establecer los criterios y especificaciones sobre las actividades relacionadas con la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.[12]
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por hospitales.[13]

La UIES se basa en el Reglamento Sanitario Internacional **(**RSI), que es un instrumento sobre el cual descansa el quehacer de la institución. Es de vital importancia para luchar contra la propagación mundial de las enfermedades infecciosas y fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005. Se establece en él, las normas que deben cumplir los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar y notificar los riesgos y emergencias de salud pública, así como responder oportunamente.

Tiene como objetivo conseguir la máxima seguridad posible para el control de la propagación internacional de enfermedades infecciosas y dar una respuesta inmediata a todos los eventos que ponga en riesgo la salud de una población.[14]

3. Planteamiento del problema

3.1. Mecanismo de selección del problema

El acercamiento al problema identificado está situado principalmente sobre la base de la metodología cualitativa, a través de técnicas como la observación, entrevistas y las discusiones reflexivas grupales. La ruta que sigue dicho proceso de selección del problema se realizó en cuatro fases, las cuales son:

1) Contextualización: A través de la observación y entrevista a los asesores externos, tuvimos el primer acercamiento a la UIES, el cual nos dio una visión general de la unidad. así como un panorama general del trabajo que se realiza en la unidad. También nos dimos a la tarea de documentarnos respecto a la misión, visión, metas, sustento jurídico, entre otros datos.

2) Problematización: Después de la entrevista con las asesoras externas, se elaboró una carta descriptiva para realizar un diagnóstico participativo con el fin de conocer los problemas y/o necesidades referidos por el personal de la UIES (Anexo B). Sin embargo, ante la carga de trabajo de los actores, se implementó de manera alternativa la aplicación de una encuesta utilizando un cuestionario con 7 ítems y se distribuyó a 19 personas, de los cuales se procesaron 11. (Anexo C).

3) Análisis de la información: se realizó el análisis de las respuestas proporcionadas por el personal, con base a esa información, se integró en la siguiente matriz:

Tabla 1. Análisis de la información proporcionada por el personal a través de la encuesta para detección de problemas y/o necesidades de la UIES

Fortalezas	Debilidades
- Recurso humano preparado. - Trabajo en equipo. - Infraestructura. - Atención expedita a los problemas concernientes a la epidemiología. - Buen ambiente laboral. - Nivel jerárquico para solicitar información necesaria y poder realizar acciones. - Contar con presupuesto para personal de apoyo.	- Falta de insumos (tóner, papel, material de oficina). - Distribución de trabajo desequilibrada, estrés. - Contratos interrumpidos para personal temporal de la UIES. - Falta de ayuda (hipótesis: falta de trabajo en equipo). - Comunicación insuficiente (telefónica). - Información errónea e incompleta de otros departamentos. - No se respetan los flujos de información. - Demora en la distribución del presupuesto a nivel central. - Manual de procedimientos.

Fuente: elaboración propia basada en la encuesta aplicada.

4) Devolución de la información: una vez analizada la información recopilada, se presentó en una reunión de trabajo con el personal y la jefa del departamento, concluyendo, que la sobre carga de trabajo y dificultades en los flujos de información entre el personal y los subsistemas que les proveen de información epidemiológica a la UIES, fueron los principales problemas susceptibles de

intervenir. Se promovió la discusión y diálogo analizando dos propuestas, análisis y perfil de puestos, o bien un manual de procedimientos. Sin embargo, estás se encontraron poco viables ya se encuentran en proceso de desarrollo por personal de la institución bajo la metodología implementada en SESVER.

3.2. Diagnóstico y delimitación del problema identificado

Dentro de la reunión de trabajo se presentó como necesidad manifiesta en voz del grupo la limitada difusión de la información epidemiológica, por lo cual se busca que sea publicada en un medio propio de la UIES, fortaleciendo así la difusión de información epidemiológica y contribuyendo a una pronta y efectiva toma de decisiones en salud.

Puesto que la UIES se concentra en la integración, procesamiento y devolución de la información epidemiológica, el boletín epidemiológico emitido por la unidad tiene una distribución limitada sólo para los tomadores de decisiones de SESVER, esto debido a cuestiones institucionales, por lo que constituye un problema para la UIES, que necesita ampliar la difusión de la información, lo cual puede llevarse a cabo mediante la publicación de una revista especializada propia de la unidad, que promueva el alertamiento temprano ante los principales problemas de salud endémicos a la población veracruzana.

Al interior de la UIES, la problemática o necesidad detectada por el grupo concuerda de manera unánime que la revista es el medio seleccionado para la difusión de la información; por otro lado, se perciben varias diferencias entre el personal de la institución, sobre las expectativas, el tipo de información que se quiere publicar (científica, especializada, institucional, etc.), las necesidades de difundir y los destinatarios a los que va dirigida la información. Por lo anterior, el proceso para la delimitación del problema sigue una ruta de documentación sobre los principales medios de difusión, la consulta con expertos en el tema versado y el análisis comparativo de los medios, en cuanto a la respuesta de la necesidad encontrada y contrastada con la viabilidad y factibilidad de la intervención.

4. Objetivos del proyecto de intervención

4.1. Objetivo general

Desarrollar una guía para la elaboración de una revista especializada que contribuya a la difusión de información epidemiológica.

4.2. Objetivos específicos

1. Elaborar una guía para la creación de una revista especializada impresa.

2. Diseñar la imagen para la revista especializada.

4.3. Metas

La meta planteada al concluir el proyecto de intervención es contar con dos productos físicos los cuáles son:

- Guía para la elaboración de la revista de epidemiología impresa.
- Diseño de la identidad, así como el nombre, tipología y logotipo de la revista.

5. Metodología

5.1. Diseño del proyecto de intervención

Después de la identificación de la problemática, se plantearon objetivos y se tomaron acuerdos para establecer el mecanismo de intervención, iniciando por la delimitación del problema o necesidad identificada y validada por el personal de la UIES.

5.2. Plan de intervención

El objetivo del proyecto de intervención es contribuir con una guía que establezca los pasos a seguir para la conformación de una revista, la cual responderá a la necesidad detectada en la unidad: la difusión de información epidemiológica y la propuesta de la imagen de la revista, de esta manera se cubrirán tanto el objetivo general como los objetivos específicos. En esta guía se detallaron los objetivos de la misma, los lineamientos para la conformación de un comité editorial así como sus actividades a desempeñar y los lineamientos que se utilizarán para la publicación de la información que se desea difundir y demás información que sea pertinente y solicitada por los asesores internos y externos. En esta guía se hizo una propuesta del personal que conformaría el comité con base a su perfil académico así como a la experiencia con la que cuenten en base a publicaciones en revistas especializadas.

De igual manera, se realizó una propuesta de nombre para la revista, así como el diseño del nombre tipología y logotipo de la revista.

Con estos elementos se entregó una guía de procedimientos para la elaboración de una revista especializada la UIES, ya que esta unidad será responsable de llevar a cabo las gestiones necesarias, y el provecho máximo de este proyecto dependerá de dichas gestiones.

5.3. Viabilidad del proyecto

Se establecieron como elementos que garantizan la viabilidad del proyecto la disposición de los actores principales de la unidad, entendiéndose éstos como la jefa de la UIES así como las responsables de las diferentes áreas que la conforman.

5.4. Factibilidad del proyecto

Los elementos que garantizaron la factibilidad del proyecto fueron los recursos tanto económicos como humanos de los que dispone la institución, ya que en lo económico cuentan con un partida presupuestal que como se tiene contemplado, se puede destinar para cubrir los gastos de está, y el personal con el que cuentan presenta el perfil académico para desarrollar las publicaciones.

6. Evaluación de la intervención

Para la evaluación de un proyecto de estas características, lo ideal sería que la creación de la revista se viera concretada en el mediano plazo, ya que de esta manera se dimensionarían sus alcances, pero ante la limitación del tiempo y ante la necesidad de valorar la intervención realizada, se construyó un instrumento partiendo de los lineamientos básicos del instrumento AGREE para la evaluación de guías de práctica clínica y que tiene por objetivo evaluar la calidad de las mismas.

En el instrumento AGREE[15] la calidad de las guías se entiende como la confianza en que los sesgos potenciales que se pudieran encontrar al desarrollar la guía han sido señalados en forma adecuada y en que las recomendaciones son válidas tanto interna como externamente, y que puedan llevarse a la práctica. Por ello, este instrumento ofrece una valoración sobre la claridad y coherencia de los procesos descritos para la creación de la revista especializada. Con base a ello, este instrumento puede ser utilizado por autores que busquen desarrollar guías a través de una metodología estructurada y rigurosa.

Por ello y de acuerdo a la necesidad de esta guía, se adaptó este instrumento al contexto en el que se desarrolló el proyecto y de esta manera poder evaluar la guía para la creación de una revista especializada, la cual sería el producto resultante de la intervención. (Anexo F)

6.1. Estructura y contenido del instrumento

El instrumento desarrollado para la evaluación está compuesto por 15 ítems organizados en 9 áreas. Cada una abarca dimensiones diferentes en lo que respecta a calidad de la guía.

a) Objetivo de la guía (ítem 1). Se refiere al propósito general de guía.

b) Conformación del comité editorial (ítem 2). Aborda los perfiles de las personas que conforman el comité editorial.

c) Elementos de una revista especializada (ítem 3). Describe los apartados que debe contener una revista.

d) Propuesta de imagen para la revista de la UIES (ítem 4). Refiere a los nombres y diseños para la revista.

e) Lineamientos para publicar en la revista de la UIES (ítems 5 a 7). Se abordan los apartados que debe contener un artículo para su publicación.

f) Proceso de registro de la revista ante la Dirección General de Derecho de Autor (ítems 8). Pasos para el registro de la revista.

g) Solicitud del ISSN (ítems 9 y 10). Descripción para obtener el número internacional normalizado de publicaciones seriadas.

h) Presupuesto estimado para la publicación de la revista especializada de la UIES (ítem 11).

i) Aspectos generales (ítems 12 a 15). Describe si las referencias son confiables y la utilidad de la guía.

6.2. Evaluadores

La evaluación requiere de al menos dos evaluadores, a mayor número, mayor fiabilidad. En esta evaluación se contó con la participación de 13 integrantes de la institución.

6.3. Escala de respuestas

Cada uno de los ítems está graduado en una escala tipo Likert de 4 puntos en la que el número 4 corresponde a “Muy de acuerdo”, el número 3 “De acuerdo”, el número 2 “En desacuerdo” y el número 1 en “Muy en desacuerdo”. Con esta escala se mide la intensidad con la que un ítem o criterio ha sido cumplido.

Asimismo se colocó un recuadro para que se proporcione información adicional y observaciones junto con cada ítem, con ello se tuvo una idea de la manera en que se concibió la guía.

6.4. Puntuación de las áreas

Las puntuaciones de las distintas áreas pueden calcularse sumando todos los puntos de los ítems individuales de un área y estandarizando el total, como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de esa área.

Las puntuaciones de cada área serán independientes y no deben ser agregadas en una única puntuación de calidad.

7. Resultados

Los resultados finales se obtuvieron a partir de un cuestionario autoaplicado al personal de la UIES respecto a la guía, donde se plasmaron los siguientes comentarios y sugerencias:

- Proporciona una idea de cómo generar una propuesta de reglamentos.
- La guía ofrece una metodología clara a seguir para crear una revista.
- La guía va más allá de las expectativas que se tenían tener para la revista.
- Las propuestas de imagen no reflejan lo que la unidad pretende. Sugieren otros nombres como: EPISALUD, ESalud, EPIVER).
- Ayuda a concretar y a aspirar a algo más (Misión y Visión).
- Se desconoce si actualmente existe una revista en los Servicios de Salud apegada a la metodología propuesta.
- En el boletín se difunde información puramente numérica para la toma de decisiones. La idea es que la revista incluya investigaciones, análisis epidemiológicos e identificar determinantes además de de factores de riesgo y generar recomendaciones.

Y entre las sugerencias realizadas por los participantes se encuentran:

- Estudio de factibilidad.
- Indagar antecedentes de revistas en SESVER (sin continuidad).
- Realizar un flujograma para explicar y orientar el proceso de la creación de la revista.
- Considerar los aspectos legales de SESVER y estar en coordinación con el área de enseñanza.

8. Conclusiones y recomendaciones

Con todo el trabajo realizado durante este periodo de tiempo, se puede hacer las siguientes conclusiones:

- La presente intervención tiene su impacto en el mediano y largo plazo.
- Es un proyecto importante para contribuir a la difusión y divulgación de la información epidemiológica.
- Es una experiencia valiosa ante un proyecto novedoso.
- Proporciona una metodología aplicada para crear una revista, pese al corto tiempo de la intervención.

A todos los acontecimientos presentados durante la elaboración de la intervención, se realiza recomendaciones a la unidad de inteligencia epidemiológica y al Instituto de Salud Pública.

Unidad de inteligencia epidemiológica se le recomienda:

- Dar continuidad a la guía para la producción de la revista por parte de la institución.
- Concretizar el comité editorial.
- Llevar a cabo una actualización. permanente de esta guía para su utilidad práctica.

Instituto de Salud Pública:

- Brindar seguimiento a la implementación de esta guía por parte del Instituto de Salud Pública.
- Disponer un tiempo mayor para la implementación de un proyecto de esta naturaleza.

9. Cronograma de actividades

Fase	Actividad	Feb	Mar	Abr	May	Jun
I. Marco contextual de la intervención	1. Identificar la situación de sede					
	2. Implementar técnicas participativas en la sede para identificar problema					
	3. Identificar y definir el problema					
	4. Presentar avances en plenaria					
II. Planteamiento del problema a intervenir	5. Plantear el problema con los mecanismos de selección					
	6. Hacer una revisión teórica y empírica del problema					
	7. Analizar las causas del problema (Entrevistas)					
III. Diseño del proyecto de intervención	8. Plantear objetivos y metas de la intervención					
	9. Describir los instrumentos de evaluación d e la intervención					
	10. Presentar avances en plenaria					
	11. Realizar la intervención: Guía para realizar una revista especializada					
IV. Ejecución del proyecto de intervención	12. Redactar las actividades y mecanismos de la intervención					
	13. Redactar resultados y conclusiones					
	14. Presentar la intervención					

10. Referencias

1. Secretaría de Salud de Veracruz. Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud [Internet]. [Consultado: 22 de febrero de 2014]. Disponible en: http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/servicios/uies/
2. Lacerda J, Farias CT. Comunicación y ciudadanía. Razón y Palabra [Internet].2014 abril. [Consultado 2014 Mayo 28]. Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/
3. Rincón I. Manual para la producción de periódicos y revistas, escuela de comunicación social. Fac Hum y Edu Uni Cat Andrés Bello. Guayana. 2010
4. Mc Luhan M. El medio es el mensaje: un inventario de efectos. Paidós Studio. [Internet]. [Consultado 2014 Mayo 28]. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=5yPVv4rpmFUC&printsec=frontcover&dq=marshall+mcluhan&hl=es419&sa=X&ei=tQuFU67WEYWKqAaNg4LgDg&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=marshall%20mcluhan&f=false
5. Freidenberg F. Los medios de comunicación de masas: ¿También son actores? [Internet].[Consultado 2014 Mayo 14]. Disponible en: http://campus.usal.es/~dpublico/areacp/materiales/Mediosdecomunicacion.pdf
6. Ramírez DC, Martínez LC, Castellanos OF. Divulgación y difusión del conocimiento: las revistas científicas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1981
7. Rodríguez R. Teoría de la Agenda Setting: aplicación a la enseñanza universitaria. Observatorio Europeo de Tendencias Sociales. España. 2004
8. Rincón I. Op.cit.
9. Petrone F. Teorías, Epistemologías y Metodologías [Internet]. México: 2000. [Consulta: 1 de mayo de 2014] Disponible en: http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/5jornadasjovenes/EJE9/Mesa%20Debates%20y%20construccion%20de%20herramientas%20metodologicas/PETRONE_Facundo.pdf

10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Últimas Reformas DOF 27-12-2013. [Consultado: 1 de mayo de 2014]. Disponible en: www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/normatividad/.../cpeum.doc
11. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica. [Consultado: 5 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-1994, Para la Vigilancia, Prevención, Control, Manejo y Tratamiento del Cólera. [Consultado: 5 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/016ssa24.html.
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004, Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. [Consultado: 5 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/p045ssa204.html
14. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2008.
15. Colaboración AGREE. Instrumento AGREE Para Evaluación de Guías de Práctica Clínica. 2001.OSTEBA.

Anexos

Anexo A

Áreas de la UIES

Urgencias epidemiológicas y desastres

El objetivo general es proporcionar una respuesta rápida y organizada para la atención a la salud veracruzana ante cualquier urgencia epidemiológica o desastre, protegiendo la salud mediante acciones preventivas y de control.

Vigilancia epidemiológica

El propósito es contribuir en la detección temprana, notificación y alerta de enfermedades así como situaciones de riesgo.

Sistemas de información epidemiológica

Es un conjunto de herramientas informáticas, que a través de una plataforma web, que permite contar con registros en tiempo real, padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica. Su fuente son formatos de estudios epidemiológicos específicos de dichos padecimientos los cuales constituyen el instrumento indispensable para la toma de decisiones en el campo de la salud pública.

Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), donde se compila el informe semanal de casos nuevos de enfermedades. Con esta información se elaboran las estadísticas de morbilidad del estado, a fin de conocer el comportamiento de las enfermedades en mención a estatal, jurisdiccional y local, por institución de salud. Los programas que están a cargo del área de sistemas de información son los siguientes:

- La Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) es un sistema de información nacional que registra las infecciones que se desarrollan en los pacientes durante su internamiento hospitalario, así como en el mismo personal de salud; producto del resultado de la transmisión de algunas enfermedades. Así mismo permite analizar el comportamiento de dichas

infecciones para intervenir con acciones que permitan prevenirlas o controlarlas en forma oportuna con el fin de evitar daños mayores a la salud.

- El Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) se utiliza para conocer las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, como causa de muerte e identificar riesgos, para realizar acciones de prevención y control. Permite identificar el comportamiento que las enfermedades tienen como causa de muerte. Su fuente son los certificados de defunción.
- Es un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Su fuente son los cuestionarios que se aplican en los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de las adicciones, en los Consejos Tutelares para Menores, en los SEMEFOS (Servicios Médicos Forenses) y en las áreas de urgencias hospitalarias. Permite generar información actualizada del comportamiento epidemiológico de la adicción a sustancias psicoactivas licitas o ilícitas para su utilización en los programas de prevención y protección de la salud.
- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales (SIVEPAB). Tiene como finalidad obtener el conocimiento confiable, oportuno, completo y con criterios uniformes, referente al estado de salud bucal de la población. Su fuente de información son los estudios de caso de padecimientos bucales de los pacientes que acuden a las 25 unidades centinelas distribuidas en la entidad. Está basado en un modelo que plantea tres fases, la primera, la permanente, con información de los pacientes que acuden a recibir atención odontológica. La segunda, la encuesta, en la que se estudia a la población por medio de grupos poblacionales utilizando estrategias muéstrales. Y finalmente la de investigaciones especiales, las cuales surgen a partir de los problemas detectados en las fases anteriores.
- Muertes maternas, como sistema de información tiene como base el Módulo de Defunciones Maternas en la plataforma web, el cual tiene la finalidad de mejorar la oportunidad de la notificación mediante la captura en línea del formato de notificación inmediata, con las siguientes ventajas: permite

homogeneizar la información, el formato queda almacenado en plataforma, mejora la calidad y oportunidad de la información al permitir la notificación desde el momento de la captura.

- Dengue, el módulo en la plataforma web tiene como finalidad mejorar la calidad de la información epidemiológica de dengue, mediante la captura en línea del estudio de caso, con las siguientes ventajas: permite homogeneizar la información epidemiológica de este padecimiento, el formato queda almacenado en plataforma, mejora la calidad y oportunidad de la información al permitir la notificación desde el momento de la captura lo que permite analizar la situación epidemiológica actual en las zonas de riesgo, así como la presencia de brotes y su ubicación mediante la georreferenciación.
- El módulo de Parálisis Flácida Aguda (PFA) de la plataforma SINAVE, mejora la calidad de la notificación inmediata mediante la captura en línea del formato especifico. Permite contar con información homogénea y completa. El formato de notificación queda almacenado en plataforma. La notificación se realiza desde el momento de la captura, y está podrá realizarse desde la unidad médica o la jurisdicción; por lo que mejora la oportunidad de la información. Permite a los usuarios consultar la información actualizada en cualquier momento. Cuenta con una sección de seguimiento en la cual se asignará una causa básica de defunción corregida, que podrá compararse con los diagnósticos emitidos en el estado. Servirá de base para el enlace informático intersectorial.
- Influenza: a partir de la epidemia por influenza H1N1, el módulo de influenza en la plataforma SINAVE evolucionó a la que actualmente conocemos. Misma que quedó establecida como único sitio de reporte por el acuerdo del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de mayo de 2009.[1]

Anexo B

Carta descriptiva del diagnóstico participativo

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

UNIDAD DE INTELIGENCIA EPIDEMIOLÓGICA

"PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS"

Dirigido: personal de cada área y enlace.

Fase	Temática	Técnica o Actividad	Objetivo	Recursos Materiales	Tiempo
Caldeamiento Inespecífico	Bienvenida Presentación Distención	Verbal Técnica grupal (Fecha de cumpleaños)	Establecer un clima de confianza y respeto dentro del grupo a fin de garantizar el cumplimiento del objetivo de la reunión.	Gafetes ó Tarjetas adhesivas Plumones	10
Caldeamiento	Exploración de	Entrevista en	Propiciar en el grupo la exploración	Hojas	

Específico	necesidades/ problemas	parejas	(detección) de problemáticas o necesidades percibidas por las(os) participantes.	blancas Fotocopias Plumones	15
Acción	Discusión de Necesidades/ problemas.	Grupo de discusión focalizada	Facilitar la discusión con el grupo, focalizada en el análisis y jerarquía de las necesidades detectadas.	Papel craff (América o bond) Plumones	20
Cierre	Conclusiones Despedida	Verbal grupal	Promover la integración de conclusiones de la reunión para la toma		5

	de decisiones.

Presentación y bienvenida

Para romper el hielo entre los participantes se realizará la dinámica “Fecha de cumpleaños” la cual consiste en ordenar a los participantes de acuerdo a la fecha de cumpleaños ordenarlo de forma descendente.

Asimismo se mencionará que se realizarán tres actividades en la reunión y se solicitará el consentimiento para grabar la voz de los participantes.

Tiempo: 10 min.

Responsable: Gerardo

Gafete: Alan

Inducción:

Dinámica: “los compadres”, por parejas se realizaran una entrevista, donde abordarán las siguientes preguntas:

1. Cuáles son las actividades que realizas. (se coloca en una hoja)
2. Cuáles son los problemas o necesidades a los que te enfrentas en tu área de trabajo y en esta unidad. (se colocará en otra hoja para pegar y jerarquizar)

Se entrega las hojas a los participantes donde se encuentran las preguntas, así como hojas blancas para sus respuestas. De acuerdo a las preguntas, se detectarán necesidades por binas enumeradas (una hoja por necesidad con letra grande). Para poder plasmar las respuestas en las hojas se debe verbalizar por bina.

Desarrollo: “Grupo de discusión”

Se discutirá entre el grupo, los diversos problemas planteados para poder jerarquizar las diversas problemáticas. Una vez jerarquizado, el facilitador de la dinámica realizará las siguientes cuestiones al grupo para poder analizar los tres primeros problemas:

Preguntas: ¿por qué es importante ese problema? ¿A quiénes afecta? ¿Cómo abordarían este problema o cuáles son las ideas para las posibles soluciones?

Tiempo: 40 min.

Responsable: Gerardo

Cierre: Agradecer y explicar sobre el producto elaborado es esta reunión se les proporcionará a los participantes.

Tiempo: 5 min.

Responsable: Irene

Recursos materiales:

- Gafet
- Tarjetas adhesivas
- Plumones
- Imprimir las preguntas de la inducción
- Diurex

Elaborado

Irene Suárez Torres, Gerardo Rodríguez Montero, Alan García Tejeda, Ligia Rosado Alcocer

Asesores Externas:

Dra. Dulce María Espejo Guevara

MSP. Claudia Suárez Tepetla

Asesores internas:

MSP. Lourdes Mota Morales

Dra. Alejandra Bandala

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA / UV

Universidad Veracruzana

Anexo C.

Cuestionario para detección de necesidades

Detección de necesidades institucionales

Alumnos del Instituto de Salud Pública en su práctica profesional, requieren llevar a cabo el presente cuestionario, con la finalidad de conocer su opinión y tomarla en cuenta para el desarrollo de una intervención desde la Salud Pública, que dé respuesta a una necesidad específica de su institución. No es necesario que ponga su nombre, la información que aquí se vierta será manejada de manera confidencial. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. ¿Cuáles son las actividades que realizas en tu práctica diaria?

2. ¿Cuáles son los problemas o necesidades a los que te enfrentas en tu área de trabajo y en toda la unidad?

3. ¿Por qué consideras que es importante este problema?

4. ¿A quiénes afecta este problema y de qué maneras?

5. ¿Cuáles son las fortalezas con las que cuenta ésta institución para resolver el problema?

6. ¿Qué ideas sugieres ante ese problema o necesidad?

7. ¿Cómo es el proceso de respuesta ante alguna contingencia?

Xalapa Ver. 27/02/2014

Anexo D.

Guía de entrevista semiestructurada con actores claves especialistas en creación de revistas.

Cuáles son los pasos administrativos que se debe realizar para poder crear una revista (paso a paso y cuáles son los requisitos que de cada uno colocando también los tiempos de cada etapa)

1. Como consideran que se pueda conformar un comité editorial

2. Cuales sería las consideraciones para concretar el tiempo de publicación de la revista

Anexo E.

Guía de entrevista semiestructurada con actores claves responsables de área de la UIES

1. Que información difundir
2. A quién va dirigida esta información
3. Quiénes van a aportar la información
4. Qué impacto esperan alcanzar con la información

Universidad Veracruzana

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA / UV

Anexo F.

Instrumento de evaluación de la guía para la realización de una revista especializada en la UIES

Como producto de la intervención de los estudiantes de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública, se presenta una guía para la producción de una revista especializada.

El objetivo de este instrumento es evaluar si la guía mencionada tiene claridad, coherencia y da una idea global del proceso de creación de una revista.

Instrucciones: Para evaluar cada uno de los siguientes apartados se les presenta una escala de Likert para que califiquen del 1-4, donde el 4 indica el máximo acuerdo y el 1 desacuerdo a cada afirmación. Marque una sola casilla para cada ítem. Se agradece el tiempo y la atención prestada. No es necesario escribir su nombre.

Objetivo de la guía

1. Se encuentra claramente descrito en la guía el objetivo general.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Conformación del comité Editorial

2. Se encuentran contenidos en la guía los perfiles, las responsabilidades y funciones que deben cumplir los integrantes del comité editorial.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Elementos de una revista especializada

3. En esta guía, se observan claramente los elementos internos y externos que debe contener una revista especializada.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Propuesta de imagen para la revista de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud

4. Las propuestas de nombre, tipología y logotipo, sirven de base para el diseño de la imagen de la portada de la revista.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Lineamientos para publicar en la revista de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud

5. Respecto a los lineamientos de este apartado, la guía brinda elementos necesarios para las publicaciones de artículos originales, de revisión, ensayos, actualizaciones y trabajos especiales.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

6. Se encuentran claros los mecanismos para el envío de manuscritos dentro de la propuesta de lineamientos a publicar.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

7. Se describen los aspectos legales y criterios generales para publicar en la revista de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Proceso de registro de la revista ante la Dirección General del Derecho de Autor

8. La guía expone claramente el proceso para registrar la revista ante la Dirección General del Derecho de Autor.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Solicitud del ISSN

9. Se encuentran descritos con elocuencia los requisitos para la obtención del ISSN dentro de la guía.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Criterios de indexación de una revista especializada

10. Se exponen puntualmente los criterios para indexar una revista, en apego a las normatividades de las dependencias oficiales.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Presupuesto estimado para la producción de la revista especializada de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud

11. Dentro de la guía se encuentra integrado un presupuesto aproximado de los costos para la producción de la revista.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Aspectos generales

12. Esta guía le proporciona una idea más amplia de todos los requerimientos que necesita la institución para llevar a cabo este proyecto.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

13. Las referencias de la guía son confiables.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

14. La organización de las etapas del proceso descrito en la guía se encuentran redactados claramente y de manera coherente.

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

15. La guía presentada para orientar al personal de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica en Salud ¿cubre sus expectativas?

Muy de acuerdo	4	3	2	1	Muy en desacuerdo

Comentarios

Evaluación global

¿Recomendarías esta guía para su uso en la práctica?

Muy recomendada

Recomendada
(con condiciones o modificaciones)

No recomendada

No se sabe

Comentarios

Agradecemos su valiosa participación que mejorará la presente guía para la creación de una revista especializada.

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Proyecto de Intervención en la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC), Xalapa 2014.

Asesoras internas:

MSP. Yolanda Campos Uscanga

Dra. Dulce María Cinta Loaiza

Asesora externa:

MC. Krystal Denisse González Fajardo

Integrantes:

Vianey González Rojas

Angélica Ortiz Pérez

Nidia Cristal Rizada Antel

Alma Angélica Velasco Bandala

Xalapa, Ver. 08 de mayo de 2014

Agradecimientos

A la Coordinadora del Programa del Adulto y el Adulto Mayor, MC. Krystal Denisse González Fajardo, por las facilidades brindadas para la realización de este proyecto de intervención.

Al Dr. Christian Adrián Sánchez Hernández, Coordinador Médico de la UNEME-EC Xalapa por su colaboración en el proyecto y por las facilidades brindadas al estar en la unidad.

A la TTS. María Idania Vázquez Salazar, encargada del Área de Trabajo Social de la UNEME-EC por proporcionarnos un acercamiento inicial a la unidad y por el apoyo para la realización de este proyecto.

A todo el personal de la UNEME-EC Xalapa, quienes nos recibieron con calidez y siempre se mostraron amables al resolver nuestras dudas, así como el apoyo brindado desde el primer día en que estuvimos en la unidad.

A nuestras asesoras internas Dra. Dulce María Cinta Loaiza y la MSP. Yolanda Campos Uscanga, por estar con nosotros durante todo el proyecto y por sus observaciones y comentarios, que fueron de gran ayuda para lograr el resultado final.

Índice

Resumen 6
Introducción 8
I. Marco teórico 10
1.1 Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). 10
1.2 El proyecto de intervención. 13
1.3 Comunicación y salud 15
1.3.1 La comunicación organizacional. 17
1.3.2 Comunicación social 19
1.3.3 Comunicación estratégica 20
II. Marco empírico de la intervención. 23
III. Marco Contextual de la Intervención 26
3.1 Situación epidemiológica actual 26
3.2 Origen de la sede 27
3.3 Ubicación de la sede 29
3.4 Situación actual de la sede 30
3.4.1 Misión 31
3.4.2 Visión 31
3.4.3 Marco jurídico 31
3.4.4 Organigrama 32
3.4.5 Organización de la UNEME-EC 34
3.4.6 Descripción de las funciones del personal 35
3.4.7 Funciones de la Unidad 37
3.4.8 Proceso de atención al paciente de la UNEME-EC. 38
3.4.9 Población beneficiaria 43
IV. Planteamiento del problema a intervenir 45
4.1 Problema identificado 45
4.2 Perspectiva de los diferentes actores sociales que identifican el problema 48
4.2.1 Hipótesis 49
4.3 Medición basal. 50
4.4 Variables o dimensiones del problema 52
4.5 Manifestaciones del problema 53

4.5.1 Magnitud 53
4.5.2 Trascendencia..... 53
4.5.3 Vulnerabilidad 53
4.5.4 Valor político del problema..... 54
4.5.5 Motricidad 54
V. Diseño del proyecto de intervención 55
5.1 Objetivo general 55
5.2 Objetivos específicos 55
5.3 Metas de proceso..... 55
5.4 Metas de resultado..... 56
5.5 Plan de intervención..... 56
5.5.1 Lugar de Ejecución 56
5.5.2 Población Objetivo 57
5.5.3 Actividades a realizar 57
5.6 Viabilidad 59
5.7 Factibilidad..... 60
5.8 Plan e instrumentos de evaluación de la intervención 61
VI. Ejecución del proyecto de intervención..... 64
6.1 Actividades realizadas y resultados obtenidos 64
6. 2 Resultados de la encuesta a médicos antes y después de la intervención. ... 67
6.3 Mecanismos de control 75
6.4 Ajustes realizados al proyecto 76
6.5 Metas y objetivos alcanzados..... 77
6.6 Eficiencia en el uso de los recursos, pertinencia y sustentabilidad del proyecto 79
VII. Conclusiones 81
VII. Recomendaciones 83
X. Anexos 85
Anexo 1. Marco Jurídico..... 85
Anexo 2 91
Anexo 3. Procedimiento de consulta de primera vez con médico 97
Anexo 4. Procedimiento de consulta subsecuente en áreas de enfermería, medicina, nutrición y psicología..... 98

Anexo 5. Procedimiento de consulta de primera vez en el área de nutrición y psicología. 99
Anexo 6. Procedimiento de consulta subsecuente en las áreas de enfermería, medicina, nutrición y psicología..... 100
Anexo 7. Actividades de campo en las diferentes áreas de atención..... 101
Anexo 8. Cuestionario para medición basal. Médicos. 101
Anexo 9. Cuestionario para medición basal. Usuarios. 102
Anexo 10. Material informativo para el escritorio de los médicos de los Centros de Salud 104
Anexo 11. Material informativo destinado al usuario para las salas de espera de los Centros de Salud. 105
Anexo 12. Cuestionario para la evaluación final..... 106
X. Referencias..... 108

Resumen

Introducción. La Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas, UNEME-EC Xalapa, ha sido creada ante la necesidad de brindar atención integral a usuarios con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), que no han podido cumplir con sus metas de tratamientos en los Centros de Salud de la Secretaría de Salud a los que acuden; así también, con la implementación de esta unidad se busca disminuir la saturación y costos de operación en las unidades de segundo nivel de atención al evitar complicaciones en los pacientes con ECNT. Por lo anterior, fue fundamental realizar una intervención en la UNEME-EC, con el objetivo de conocer a mayor profundidad sus funciones, sus prácticas, la efectividad de su existencia o la deficiencias de la misma, buscando ante ello el porqué de la situación en la que se encuentra, para así poder actuar de una manera más eficiente y poder brindar un servicio efectivo a los usuarios que acuden a ella o están por acudir. **Desarrollo.** Con esa finalidad se realizó un proyecto de intervención, el cual consistió en la búsqueda de una problemática que hacía inefectivo o subutilizado el servicio de atención que se proporciona en la UNEME-EC. Para llegar a identificar la problemática se empezó por conocer la perspectiva de los diferentes actores sociales que identificaban una problemática, entre ellos el Director y la Coordinadora del Programa Estatal del Adulto y el Adulto Mayor, y el Coordinador Médico de la UNEME-EC, la problemática identificada fue " la baja afluencia de usuarios a la UNEME-EC; para lo cual se procedió a realizar una encuesta basal mediante una revisión documental de las referencias a la UNEME-EC llevadas a cabo por cada centro de salud urbano de Xalapa. Se detectó que las referencias que se hicieron de los Centros de Salud a la UNEME-EC fueron muy escasas o nulas, de acuerdo a ello, se realizaron encuestas a médicos y usuarios de los Centros de Salud para que se nos diera la razón por la cual no hacían referencia y por otra parte a los usuarios si conocían la existencia de la UNEME-EC y sus funciones. Mediante un diagnostico basal se logró conocer que la principal razón por la que los médicos no hacían referencia era porque no sabían de la existencia de esta unidad en la ciudad y porque no contaban con a información sobre la ubicación, funciones, servicios y/o criterios de

referencia. Por tal situación el proyecto de intervención consistió en promocionar a la UNEME-EC, por medio de material informativo dirigido a los médicos de los Centros de Salud y a los usuarios de los mismos buscando con ello el aumento en el conocimiento de los médico acerca de la existencia de la UNEME-EC, así como sus funciones, criterios de inclusión y ubicación. **Resultados.** Para poder realizar una comparación antes y después de la intervención se realizó una encuesta antes y después de las pláticas y la entrega del material informativo. Con esto se pudo notar que el conocimiento de los médicos aumento hasta en un 23% con respecto a la ubicación de la unidad, y en un 29% con respecto al conocimiento de los criterios para hacer las referencias. Con respecto a los usuarios no se logró medir el impacto del material informativo, pues el material destinado a ellos no fue colocado en las salas de espera por el desinterés que mostraron algunos directores en relación al proyecto. **Conclusión**. Los resultados obtenidos a corto plazo nos indicaron que el proyecto está logrando su objetivo, sin embargo es importante que los responsables de la Coordinación del Programa del Adulto y el Adulto Mayor, así como el coordinador médico de la UNEME-EC Xalapa, le den seguimiento al proyecto y, que también se tomen en cuenta las recomendaciones que se hicieron para mejorar la afluencia de pacientes a la unidad.

Introducción

La creciente prevalencia y mortalidad por diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA), la enorme carga financiera que genera el tratamiento de estos padecimientos y los pobres resultados de las estrategias de atención impulsaron la creación, dentro de la Secretaría de Salud (SS) y los servicios Estatales de Salud (SESA), de las llamadas Unidades de Especialidades Médicas dedicadas a la atención de enfermedades crónicas (UNEMES-EC). Su objetivo principal es contribuir a prevenir y tratar enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de mayor prevalencia en México, haciendo uso de un modelo innovador que busca garantizar la atención integral y multidisciplinaria de las personas afectadas por dichas enfermedades, con lo que se espera contribuir en el control de la saturación y costos en el nivel hospitalario. Las primeras UNEMES-EC se pusieron en marcha en 2007 y a finales de 2011 ya se había en el país 83 de estas unidades distribuidas en 29 entidades federativas.

La UNEME-EC se encuentra ubicada entre el primero y segundo nivel de atención y tiene como finalidad atender a los usuarios con enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) como sobrepeso u obesidad, riesgo cardiovascular, diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA), realizando en los pacientes no solo acciones curativas, sino también acciones de tipo preventivo involucrando a los familiares de los usuarios de la unidad. Como se mencionó anteriormente la atención que se brinda dentro de la unidad es integral, ya que se conforma por un médico con especialidad en medicina integrada, enfermeras, nutriólogos clínicos y de campo, trabajador social y activador físico, quienes en conjunto realizan una seria de actividades tienen como fin lograr el adecuado control de los pacientes.

Desde Agosto de 2009 en Xalapa, Veracruz entro en funcionamiento la UNEME-EC por parte de la Secretaría de Salud a nivel Federal en coordinación con los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER). Sin embargo la Unidad presenta un problema de baja afluencia de usuarios que sean referidos parte de los centros de salud urbanos de Xalapa. Para entender la problemática y diseñar un proyecto de intervención que ayude a solucionarla se plantearon diversas hipótesis como el

desconocimiento de la unidad por parte del personal de salud, accesibilidad inadecuada, y escasa promoción de la unidad, que los médicos de los centros de salud no conocían los criterios de inclusión para referir a pacientes a la UNEME-EC. Para confirmar nuestras hipótesis y así poder decidir sobre que se realizaría el proyecto de intervención, se realizó un censo a médicos de los centros de salud que fueron seleccionados al no realizar ninguna referencia en los últimos tres meses, tomando como una variante del proyecto el realizar una encuesta a usuarios sobre el conocimiento de la unidad, tomando como referencia estos resultados se determinó que era importante dar a conocer la unidad a médicos, así como criterios de inclusión para poder referenciar a pacientes a la unidad. Y también en los usuarios de los centros de salud crear la inquietud de que preguntaran a su médico por la unidad para poder asistir, esperando que todo esto se reflejara en un mayor conocimiento de la unidad y al mismo tiempo hacer uso de los servicios proporcionados por la UNEME-EC ubicada en la ciudad de Xalapa, Ver.

I. Marco teórico

1.1 Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Las ECNT son padecimientos que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes[1].

Las ECNT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol[1].

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables. Por ejemplo, esto último, en forma de dietas malsanas, puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo intermedios" que pueden dar lugar a una dolencia cardiovascular, hipertensión o diabetes mellitus[1].

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ECNT o las causan directamente. El tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600,000 por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030. Aproximadamente 3.2 millones de defunciones anuales pueden

atribuirse a una actividad física insuficiente; y 1.7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras. La mitad de los 2.3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ECNT[1].

Esos comportamientos propician cuatro cambios metabólicos/fisiológicos clave que aumentan el riesgo de ECNT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de ECNT a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 16,5% de las defunciones a nivel mundial (1), seguido por el consumo de tabaco (9%), el aumento de la glucosa sanguínea (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso[1].

Las ECNT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. La pobreza está estrechamente relacionada con las ECNT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud[1].

En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza. Los costos desorbitados de las ECNT, en particular el a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando a unos millones de personas a la pobreza cada año, sofocando el desarrollo.

En muchos países, el uso nocivo del alcohol y el consumo de alimentos malsanos se dan tanto en los grupos de ingresos altos como en los de ingresos bajos. Sin embargo, los primeros pueden acceder a servicios y productos que los protegen de los riesgos más importantes, mientras que los grupos de ingresos bajos no suelen poder permitirse esos productos y servicios.

A fin de reducir el impacto de las ECNT en los individuos y la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral que fuerce a todos los sectores, incluidos entre otros los relacionados con la salud, las finanzas, los asuntos exteriores, la educación, la agricultura y la planificación, a colaborar para reducir los riesgos asociados a las ECNT, así como a promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas[1].

Una táctica importante para reducir las ECNT consiste en reducir los factores de riesgo asociados a esas enfermedades. Hay soluciones de bajo costo para reducir los factores de riesgo modificables más comunes (principalmente el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la inactividad física, y el uso nocivo del alcohol) y para cartografiar la epidemia de ECNT y sus factores de riesgo[1].

Otra opción para combatir las ECNT son algunas intervenciones esenciales de alto impacto que pueden aplicarse mediante un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno. La evidencia muestra que este tipo de intervenciones son una excelente inversión económica, dado que, si se instauran tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros. Estas medidas pueden aplicarse además en contextos con distintos niveles de recursos. Para conseguir el máximo efecto hay que formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de las ECNT, y reorientar los sistemas de salud para que cubran las necesidades de las personas que 2sufren esas enfermedades[1].

Los países de ingresos bajos suelen tener una baja capacidad de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

En los países de ingresos altos la probabilidad de tener los servicios de ECNT cubiertos por un seguro de salud es casi cuatro veces mayor que en los países de ingresos bajos. Los países con una cobertura insuficiente de seguros de enfermedad difícilmente pueden ofrecer acceso universal a intervenciones esenciales contra las ECNT[1].

1.2 El proyecto de intervención.

Un proyecto de intervención consiste en "un conjunto de acciones sistemáticas, planificadas, basadas en necesidades identificadas y orientada a unas metas, como respuesta a esas necesidades, con una teoría que lo sustente" [1] .
En acuerdo a esta definición, las características de un proyecto de intervención deberían ser [1]:

- El proyecto de intervención abarca un conjunto de actividades de duración determinada.
- En los proyectos se combina la utilización de recursos humanos, técnicos, financieros y materiales.
- Todo proyecto tiene que alcanzar productos y resultados, de acuerdo con los objetivos previstos en su diseño y conceptualización.

Además, los proyectos de intervención deben contener [1]:

- Una descripción de los que se quiere conseguir indicando con precisión la finalidad del mismo.
- Una adaptación del proyecto a las características del entorno y a las personas que lo van a llevar a cabo.
- Unos datos e informaciones técnicas para el mejor desarrollo del proyecto, así como instrumentos de recogida de datos.
- Una temporalización precisa para el desarrollo del proyecto.

En el diseño de un proyecto o programa de intervención se contemplan cuatro fases [1]:

- Primera fase: Diagnóstico y análisis de las necesidades de intervención.

- Segunda fase: Planificación y diseño de los componentes del plan de acción.
- Tercera fase: Ejecución de las acciones del plan propuesto.
- Cuarta fase: Evaluación formativa (del proceso) y sumativa (del producto)[2].

Desarrollar un proyecto de intervención en salud corresponde a generar un cambio positivo en el contexto donde se lleve a cabo para disminuir, resolver o eliminar algún problema de interés para la sede de trabajo. Algunos de los elementos que identifican a un proyecto de intervención en salud son, en primer lugar, la identificación por parte del personal de los servicios de salud, de la comunidad o del propio equipo de estudiantes, un problema que amerite una resolución. Éste debe ser un problema modificable y cuantificable, así como factible de realizar en un tiempo determinado, cuyas etapas deben ser especificadas a través de un cronograma de actividades. Además debe existir claridad en la aportación que se espera obtener del proyecto de intervención para resolver el problema identificado.

A continuación se abordan algunos aspectos sobre comunicación organizacional en las instituciones de salud, ya que, como se explicará más adelante, el problema elegido para el presente proyecto de intervención, es el de la baja afluencia de usuarios a la UNEME-EC, el cual se ha generado debido a la falta de mensajes y canales comunicativos entre ésta y los médicos encargados de referir a los pacientes del Centro de Salud a la Unidad, así como por no existir comunicación directa de la UNEME-EC con los usuarios con enfermedades crónicas, posibles candidatos a ser referidos. Es por ello que consideramos no existe una adecuada comunicación externa, ya que la interna en la Unidad sí resulta efectiva.

Asimismo, se aborda el problema a través de la comunicación social, esto a través de la información que se le pretende brindar a los usuarios acerca la existencia de la UNEME-EC y sus funciones.

De esta manera, basadas en las teorías organizacionales que han revelado el importante papel de la comunicación externa en el cumplimiento de los objetivos de una organización, y teniendo en cuenta que el tratamiento integral y continuo de las enfermedades crónicas sigue siendo una tarea pendiente, se plantea que la

comunicación externa en los escenarios de salud puede ayudar a cumplir con este objetivo[3].

1.3 Comunicación y salud

La comunicación siempre ha sido importante para la sociedad y su progreso ha ido de la mano del desarrollo cultural y social de la humanidad, ésta se define como el proceso por medio del cual una persona se pone en contacto con otra por medio de un mensaje y a través de un canal, en donde se espera que esta última dé una respuesta, sea su opinión, actitud o conducta”[4].

Así, cuando se habla de comunicar no sólo se alude a las expresiones orales o verbales, pues esta también implica acciones como la de escuchar e interpretar al otro; implica ponerse en el lugar de otros para comprender de manera más clara los contextos, las intenciones y las realidades de aquellos que envían los mensajes; “comunicar es un medio para motivar, persuadir, convencer, comprometer intereses, facilitar procesos, armonizar puntos de vista”[5].

Para que la comunicación se pueda llevar a cabo deben estar presentes algunos elementos indispensables: el emisor, persona con intención de trasmitir ideas o información; mensaje, es lo que desea expresar el emisor a su destinatario; medio de comunicación, permite el envió del mensaje, es el canal de conexión entre emisor y destinatario; y el destinatario, que es la persona que recibe el mensaje. Uno de los objetivos de este proceso es la persuasión del receptor, es decir, hacer que el público objetivo tenga el mismo punto de vista que el emisor, objetivo que deberá ser el más sobresaliente al momento de llevar a cabo acciones por parte de los protagonistas de los servicios de salud.

Existen diversos modos y formas de comunicación, a través de los cuales el emisor puede valerse para que los receptores puedan conocer y responder ante su mensaje:

a) Comunicación visual. Esta forma de comunicación comprende todas las imágenes, es decir, todo aquello que se percibe a través de los ojos se puede considerar comunicación visual; no todas las imágenes u objetos se

ven comunican de una misma forma, pues algunos comunican de manera causal mientras que otros lo hacen de manera intencional. Cuando es de manera causal el receptor le da el significado e interpretación de forma individual a cada una de las imágenes u objetos, es decir no hay un parámetro de significado que limite su interpretación; mientras que cuando es de manera intencional el mensaje es recibido con el significado preciso que el emisor desea transmitir, no se da para libres interpretaciones por parte del receptor[6].

b) Comunicación corporal o no verbal. Se da a través de formas expresivas diferentes a la palabra hablada, es decir por medio de señas y señales. Estas señas o señales son gestos o movimientos corporales y faciales, la mirada o el tono de la voz los cuales ocurren de manera simultánea con el lenguaje verbal para reforzarlo, complementarlo o contradecirlo[6].

c) Comunicación interpersonal. Esta forma de comunicación es bidireccional, es decir, una comunicación en la que interviene un emisor y un receptor quienes utilizan un código común para realizar una retroalimentación constante. Es una comunicación personal y directa en la que el mensaje ya sea emocional o racional es trasmitido al otro con el fin de establecer relaciones sociales y personales[6].

d) Comunicación grupal. Se lleva a cabo en grupos de personas o comunidades que comparten ciertas normas y se reúnen a discutir sobre algún tema en específico y cada persona expone sus ideas y puntos de vista sobre el tema. Entre los integrantes del grupo o comunidad hay una interacción constante y comparten necesidades y metas comunes[6]. Esta forma de comunicación se caracteriza porque los mensajes son transmitidos de manera pública o masiva a través de medios técnicos. En estos casos el receptor es una colectividad y entre él y el emisor existe una distancia y barrera creada por los medios técnicos por los cuales se transmite el mensaje, es decir, entre los dos no se establece una interacción y no existe la retroalimentación o *feedback*[6].

e) Comunicación organizacional. Se centra en los procesos de la organización con el propósito de integrar los sectores o departamentos que hacen parte de ella. Hace parte de toda organización sin importar su tamaño o tipo, pues sin comunicación ninguna organización podría desarrollarse de manera eficaz.

1.3.1 La comunicación organizacional.

La comunicación organizacional se entiende como un conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización, o entre la organización y su medio; o bien, a influir en las opiniones, actitudes y conductas de los públicos internos y externos de la organización, todo ello con el fin de que esta última cumpla mejor y más rápidamente con sus objetivos. Estas técnicas y actividades deben partir idealmente de la investigación, ya que a través de ella se conocerán los problemas, necesidades y áreas de oportunidad en materia de comunicación[7].

Por medio de esta forma de comunicación los procesos y actividades administrativas de la empresa se integran para dirigirse a un mismo fin.

Algunos aspectos básicos de la comunicación organizacional son los siguientes:

- Comunicación interna. Son las actividades de comunicación que se llevan a cabo a nivel de los miembros y empleados de la organización con el propósito de motivarlos, integrarlos y mantener buenas relaciones entre todo el personal de la empresa siempre teniendo como punto de partida los objetivos y metas que desea alcanzar la organización[6].

- Comunicación externa. Son las relaciones que la empresa establece con agentes externos a la organización pero que de alguna u otra forma intervienen en los procesos de la compañía. Agentes como los medios de comunicación, el gobierno, la comunidad y los clientes. El propósito central de esta comunicación es establecer una relación perdurable con sus agentes externos, proyectar una buena imagen y dar a conocer sus servicios o productos[6].

- Publicidad. El objetivo principal de la publicidad es aumentar la demanda de los productos o servicios que ofrece la empresa, por medio de la recordación y persuasión del público a través de acciones divulgadas mediante medios de comunicación, por lo que se puede afirmar que la comunicación es un instrumento de información. Es una comunicación persuasiva. Los medios publicitarios utilizados son televisivos, radiofónicos, en revistas, prensa, en el punto de venta, online y en vías públicas. "Una forma de comunicación impersonal y de largo alcance que es pagada por un patrocinador identificado (empresa lucrativa, organización no gubernamental, institución del estado o persona individual) para informar, persuadir o recordar a un grupo objetivo acerca de los productos, servicios, ideas u otros que promueve, con la finalidad de atraer a posibles compradores, espectadores, usuarios, seguidores u otros"[8].
- Relaciones públicas. Se refiere al arte, técnica y ciencia de gestionar la comunicación entre una organización y público clave para construir, administrar y mantener su imagen positiva. Es una disciplina planificada y deliberada que se lleva a cabo de modo estratégico. Su característica más sobresaliente es que maneja una comunicación bidireccional, puesto que permite la retroalimentación entre emisor y receptor. Por medio de las relaciones públicas se logra diferenciar la organización de la competencia, pues de forma estratégica gestiona la imagen de la compañía y no sólo el producto que oferta. A través de ella se logra establecer una relación directa con el cliente lo que permite una interacción efectiva entre la empresa y el cliente y aumenta el conocimiento que éste tiene de la organización. Entonces, las relaciones públicas son acciones estratégicas de comunicación sostenidas a lo largo del tiempo, con el propósito central de fortalecer los vínculos ya existentes con los diversos públicos, para así obtener mejores posibilidades para competir, mayor fidelidad de los públicos y mejores utilidades[6].

1.3.2 Comunicación social

Desde una perspectiva académica, se entiende la comunicación social como “La disciplina que estudia las relaciones entre los cambios sociales y los cambios comunicativos” Esta definición integra una infinidad de actividades y mundos de conocimiento. La comunicación social no solo estudia el uso del mensaje o del formato de la comunicación sino como también se interesa por el uso de las herramientas de comunicación como fórmula de empoderamiento. La relación entre comunicación y cambio social es bidireccional, no se plantea de una manera reduccionista. Por eso se puede afirmar que la comunicación afecta a la sociedad como la sociedad a la comunicación.

La comunicación social se designa a la comunicación de masas que se sirve de ciertos instrumentos específicos: la prensa diaria o periódica, revistas, libros de bolsillo, cine, radio, televisión, discos, casetes, publicidad y propaganda, informática y telemática. Estos instrumentos alcanzan al mismo tiempo a grandes masas de personas.

Por lo que se refiere a su dinámica, la comunicación social está constituida por el encuentro -a través de medios de comunicación de masas- entre los comunicadores (o emisores) y el amplio mundo de los receptores a quienes van destinados los mensajes, que hay que interpretar con la ayuda de un código común (proceso de descodificación).

Los emisores, que suelen ser un grupo de expertos, seleccionan el material que hay que transmitir. Según las convicciones y los intereses que comparten. El material, además de ser seleccionado, es también "modulado" de la forma más adecuada para convencer y obtener de los receptores unos comportamientos en sintonía con las intenciones de los transmisores.

Mientras que la comunicación interpersonal está animada por la preocupación de comunicar informaciones a otra persona, la comunicación social se propone modificar la mentalidad y el estado de los receptores, para inducirles a seguir determinadas pautas de comportamiento.

La extraordinaria difusión de los instrumentos de la comunicación social y en particular, del medio televisivo (incluso en las áreas menos desarrolladas del Tercer Mundo ha transformado el planeta en una "pequeña aldea", en lo que se refiere a informaciones, noticias, películas, publicidad y propaganda, que alcanzan simultáneamente a un público enorme, haciéndole vibrar, entusiasmándolo, conmoviéndolo o indignándolo al unísono e induciéndolo así a comportamientos homogéneos.

La sobreabundancia de informaciones puede convertirse fácilmente en una no-información, ya que los mensajes se cruzan, se sobreponen y se contradicen entre sí. Además, la información, al estar «filtrada y seleccionada», resulta escasamente objetiva y fuertemente «unidireccional" ya que el usuario tiene pocas posibilidades de contrarrestarla y de conseguir otras fuentes alternativas de información. Por su extraordinaria fuerza subjetiva, los medios de comunicación de masas se han convertido en una codiciada presa del poder político y de los grandes potentados económicos. Los políticos los usan para obtener y consolidar el favor de los votantes. Los hombres de negocios se valen de ellos para aumentar sus beneficios, induciendo nuevas necesidades (necesidades inducidas) y estimulando con la publicidad el consumo de productos capaces de satisfacerlas[9].

1.3.3 Comunicación estratégica

Su característica más sobresaliente es que maneja una comunicación bidireccional, puesto que permite la retroalimentación entre emisor y receptor. Por medio de las relaciones públicas se logra diferenciar la organización de la competencia, pues de forma estratégica gestiona la imagen de la compañía y no sólo el producto que oferta. A través de ella se logra establecer una relación directa con el cliente lo que permite una interacción efectiva entre la empresa y el cliente y aumenta el conocimiento que éste tiene de la organización. Entonces, las relaciones públicas son acciones estratégicas de comunicación sostenidas a lo largo del tiempo, con el propósito central de fortalecer los vínculos ya existentes con los diversos públicos, para así obtener mejores posibilidades para competir, mayor fidelidad de los públicos y mejores utilidades. La comunicación estratégica

es entonces “la forma en que unos determinados objetivos de comunicación son traducidos en lenguaje inteligible para nuestro público receptor, para que los pueda asimilar debidamente”[6].

De esta manera, en la UNEME-EC es primordial llevar a cabo este tipo de comunicación, de manera que la Unidad se posicione en la mente de los médicos de los centros de salud encargados de referir a los usuarios con enfermedades crónicas y de difícil control, a través de la coordinación de distintos recursos comunicativos tanto internos como externos de la Unidad con el propósito de dar a conocer su funcionamiento y ubicación, así como lograr un posicionamiento y recordación en los públicos a los que se dirige, tanto en los médicos de los Centros de Salud, y éstos a su vez en los usuarios con ECNT.

La comunicación no siempre puede valorarse como estratégica, para poder considerarla como tal, el requisito indispensable es que el emisor la haya elaborado y planeado conscientemente teniendo un objetivo claro a alcanzar y contemplando las posibles decisiones y reacciones de los públicos a los que va dirigida la acción. Es decir, se desarrolla como un juego en el que intervienen unos jugadores activos que tienen claro su propósito y unos jugadores pasivos a los que va dirigido ese propósito. La comunicación estratégica es entonces una forma de acción social que se caracteriza por ser un juego estratégico en el que los jugadores hacen uso de la interacción simbólica para resolver sus problemas y cumplir con su objetivo específico. Ayuda a potenciar el poder y efecto de la comunicación, pues se encamina la acción hacia un solo punto de llegada lo que permite que sea más efectiva y precisa[6].

En el sector de la Salud la comunicación estratégica se aplica específicamente a programas de salud pública que están regidos por políticas de los estamentos gubernamentales los cuales tienen como objetivo la promoción de la salud, prevención o tratamiento de la enfermedad[6].

Podemos decir entonces, que la comunicación debe ser siempre estratégica porque es la única forma de que la comunicación sea efectiva y ayude a la

consecución de objetivos, de otra forma estaríamos simplemente malgastando dinero y tiempo porque las acciones no tendrían enfoque alguno.

II. Marco empírico de la intervención.

Existen estudios previos en los que se ha aplicado la comunicación estratégica, como parte de la comunicación organizacional, como medio para promover y posicionar un servicio de salud, uno de ellos fue realizado en 2005 en Buenos Aires, Argentina, cuyo objetivo fue llevar a cabo una reflexión sobre comunicación y salud, a partir de realizar una experiencia cuyo propósito fue promover la consulta ginecológica y la prueba de Papanicolaou entre las usuarias del Servicio de Ginecología de un hospital público del Gran Buenos Aires[10], en donde con la participación del equipo de salud, fue diseñada una investigación cualitativa y una pieza comunicacional, para descubrir que existían debilidades referentes a la continuidad en el servicio, razón por la cual muchas usuarias eran irregulares en su asistencia o no asistían. Mediante la creación de un carné para cada usuaria que funcionara como un recordatorio de la visita siguiente y contuviera la información clínica de la cita anterior, además de publicidad en el hospital que motivara a obtener el carné, fue que se dio solución en gran medida a la problemática[10].

Otro estudio en donde se utilizó la comunicación estratégica en salud, específicamente la comunicación por medios gráficos y visuales, fue el llevado a cabo en 2004, en donde un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México, solicitaron la colaboración de especialistas en Comunicación Gráfica para apoyar una intervención educativa sobre la problemática de los accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población joven de la ciudad de Cuernavaca, Morelos[11].

El objetivo fue producir cambios en el conocimiento de los factores de riesgo más comunes que propician los accidentes viales y sus efectos en el grupo de edad identificado como el de mayor riesgo de morir o sufrir lesiones graves que es el de los jóvenes de entre 15 y 24 años del sexo masculino[11].

Se llevaron a cabo acciones estratégicas de comunicación para ayudar a concienciar a los jóvenes de la ciudad de Cuernavaca, Morelos sobre este problema (siendo ellos los agentes que afectan y son afectados directamente por

esta problemática) y contribuir a modificar su nivel de conocimiento sobre los principales factores de riesgo que provocan o inciden en los accidentes de tránsito vehicular[11].

Con base en el perfil de los destinatarios y el presupuesto disponible, se determinó el plan de medios, en donde se utilizaron avisos espectaculares, carteles, polípticos, tarjetas postales y mensajes para radio. Como resultado, el índice de conocimiento acerca de dichos factores de riesgo pasó del 23% en la medición basal, al a 40% en la final, por lo que se concluye en que las campañas de información representan un primer grupo de medidas para lograr cambios de conocimiento y conducta poblacionales[11].

La generación 2009 – 2011 de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública llevó a cabo el proyecto de intervención titulado “Difusión de Información acerca de la UNEME-EC en cuatro Centros de Salud urbanos de Xalapa”, en donde el objetivo fue incrementar la afluencia de pacientes a la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas a través de la difusión de información acerca de la existencia y funcionamiento de ésta, entre los médicos y directores de cuatro centros de salud urbanos de Xalapa[12].

Para esto, se impartieron pláticas en los cuatro centros de salud dirigidas a los médicos y directores donde se abordaron los antecedentes históricos de la UNEME-EC Xalapa, su misión, visión, aspectos sobre el funcionamiento de la unidad y la atención que recibe el paciente. Además se comentaron los requisitos que se deben cumplir para poder referir pacientes a la unidad[12].

De acuerdo a los resultados obtenidos de la plática informativa en relación al funcionamiento de la UNEME-EC Xalapa, se concluyó con que tuvo un impacto positivo en los médicos de los centros de salud intervenidos, ya que, de acuerdo a la revisión de los expedientes de Trabajo Social de la unidad, se logró aumentar las referencias realizadas, lo que se vio reflejado en un aumento en la afluencia de pacientes en las semanas posteriores a la impartición de la plática[12].

Cabe resaltar que si bien en ese trabajo previo la afluencia aumentó, fue únicamente en las semanas posteriores a la intervención, ya que con el tiempo y debido quizás a la rotación del personal en los Centros de Salud, dejaron de referir nuevamente. Es por ello que en esta intervención se planea llevar a cabo material estático para el escritorio del médico, que cuente con amplio potencial de visibilidad, así como material publicitario en gran formato para el usuario, de manera que éste se interese y pueda preguntar al médico acerca de la UNEME-EC[12].

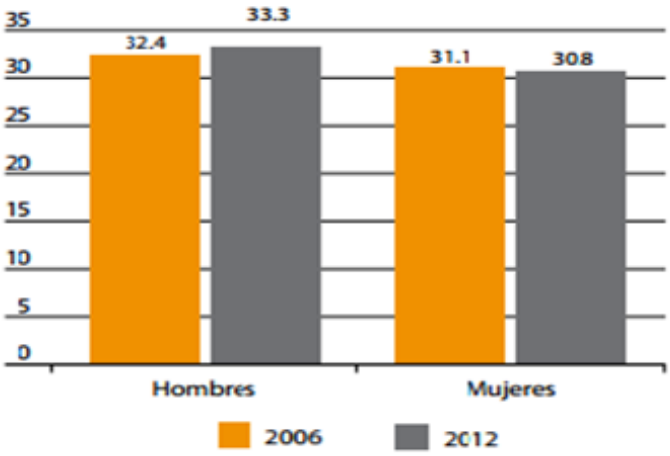
III. Marco Contextual de la Intervención

3.1 Situación epidemiológica actual

Debido al proceso de transición epidemiológica y demográfica que se ha venido dando a nivel mundial, en la actualidad las enfermedades crónicas son las que representan un mayor problema para los servicios de salud y para la sociedad en general; cada vez aquejan a una mayor cantidad de personas debido a los cambios en los estilos de vida de la población. En nuestro continente, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), hay cerca de 6.5 millones de personas que refieren haber sido diagnosticadas con diabetes[13], tan sólo en el 2012 se reportaron 418 mil nuevos casos (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana), por lo que estima una prevalencia total de 9.2%; 8.6% para mujeres y 9.7% para hombres [3].

En cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial obtenida de acuerdo con estos criterios se observa que la misma se ha mantenido constante en los últimos seis años (ENSANUT 2006 Y 2012) tanto en hombres (32.4 frente a 33.3%) como en mujeres (31.1 frente a 30.8%) (Gráfica 1).

Figura 1. Prevalencia de hipertensión arterial por sexo y años de encuesta, México, 2010 y 2012.



Fuente: ENSANUT 2010 y 2012.

En cuanto a la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (IMC>25 kg/m^2) es mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4), y que la prevalencia de obesidad (IMC > 30 kg/m^2) es más alta en el sexo femenino que en el masculino. El sobrepeso aumenta en hombres a un valor máximo en la década de 60- 69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30 – 39 años. En el caso de la Obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 – 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres. Es por ello que para el Estado, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan en la actualidad una prioridad creciente.

Ante este panorama, se han implementado acciones que permiten reducir el impacto de estas enfermedades, centrándose en la prevención de la aparición de casos nuevos y la limitación de las complicaciones derivadas de estas patologías a través del tratamiento eficaz de los casos, lo que requiere de modelos novedosos de atención que incluyan modificaciones en los estilos de vida de los pacientes y su familia, así como la atención de diferentes profesionales de salud (médicos, nutriólogos, psicólogos, enfermeras, etc.).

De esta manera, con base en la problemática observada se creó la UNEMEs-EC, con lo cual se espera generar una medida costo – efectiva en los sistemas de salud, para evitar complicaciones por los padecimientos crónicos, así como mejorar las condiciones de vida de la población.

3.2 Origen de la sede

En el año 2007 se pone de manifiesto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007- 2012), específicamente en el apartado de Salud del Eje 3 “Igualdad de oportunidades”, que en los últimos 50 años se produjo en México un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. En la estrategia 5. 3 se menciona que se debe “Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de

salud de la población". En esta estrategia se hace referencia a la necesidad de consolidar la red de servicios de atención a la salud. En alineación a las metas nacionales el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 plantea en su estrategia 10 "Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios " promover la creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios (UMAES y UNEMEs) y nuevas unidades de atención hospitalaria, con modelos innovadores de financiamiento [14, 15].

Con base en lo anterior debido al aumento de la prevalencia y de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, así como también el gasto que genera el tratamiento de estos padecimientos se impulsa dentro de la Secretaría de Salud (SS) y los Servicios Estatales de Salud (SESA), la creación de las Unidades de Especialidades Médicas dedicadas a la atención de enfermedades crónicas (UNEMEs-EC), este concepto surge específicamente del MIDAS (Modelo Integrado de Atención a la Salud), al contemplar la necesidad de una nueva clasificación de unidades vinculadas a esquemas innovadores de inversión y operación, tendientes a alcanzar una "cobertura integral de servicios", particularmente en el rubro de la alta especialidad. Su objetivo es contribuir a prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de mayor prevalencia a nivel nacional, haciendo uso de un modelo que garantice la atención integral de las personas afectadas que padecen dichas enfermedades, con lo que se espera lograr reducir la saturación y los costos de atención en el segundo nivel. Con este fin, en el 2007 se ponen en marcha las primeras UNEMEs-EC, y a finales del 2011 ya había 83 unidades distribuidas en diferentes Estados del país.

El estado de Veracruz cuenta con tres UNEMEs-EC ubicadas en las ciudades de Coatzacoalcos, Poza Rica y Xalapa, brindando una atención integral basada en la evidencia científica, mejores prácticas clínicas e involucrando también a sus familiares.

La unidad que se ubica en la ciudad de Xalapa fue conformada el 1 de junio de 2009, fecha en la que se dio la capacitación al personal en relación al funcionamiento de la unidad de acuerdo al área que les correspondía. Al finalizar el periodo de capacitación se procedió a la estandarizar los procedimientos y las actividades de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos por parte del personal, para posteriormente ser evaluados por el nivel federal antes de comenzar con las actividades formales. Finalmente, el 21 de agosto de 2009 se realizó la inauguración de la unidad y se comenzó a dar atención a los usuarios.

El objetivo inicial de las UNEMEs fue contribuir en la disminución de los actuales índices de saturación y costos de operación en los hospitales de la Secretaría de Salud. De esta forma fue que se crearon una gama de UNEMEs enfocadas a diferentes áreas específicas, como la salud mental, el control y la prevención de adicciones, de infecciones de transmisión sexual o de enfermedades crónicas no transmisibles, por citar algunos ejemplos. Debido a que las ECNT ocupan los primeros lugares en mortalidad, se tomaron acciones a nivel federal a través de la "Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud". En repuesta a ello se crearon las UNEMEs para las enfermedades crónicas no transmisibles (UNEMEs-EC), que brindan acciones de prevención y tratamiento de los casos en riesgo de padecer estas enfermedades. El objetivo principal de las UNEMEs-EC consiste en contar con unidades que tengan la capacidad de brindar atención integral a personas con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular (hipertensión arterial y dislipidemias) y diabetes mellitus tipo 2.

3.3 Ubicación de la sede

La UNEME-EC Xalapa se encuentra ubicada en la calle Los Alpes No. 3-A, colonia Lomas de Casa Blanca, C.P. 91157, en la ciudad de Xalapa-Enríquez, Veracruz entre la Avenida Cañón del Colorado y la calle Pirineos.

Figura 2. Ubicación geográfica de la UNEME-EC Xalapa, Ver. Marzo 2014.

Fuente: Página en internet de Google Maps, México, DF. Google México 2014. Consultado el 15 de marzo de 2014. Escala indeterminada. Disponible en: https://www.google.com.mx/maps

3.4 Situación actual de la sede

La UNEME-EC Xalapa atiende a pacientes referidos por los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria V que presentan enfermedades crónicas como síndrome metabólico, hipertensión arterial y diabetes mellitus que se encuentren en descontrol. Para poder ser atendidos los pacientes deben ser referidos por el medico de su centro de salud y contar con la afiliación al seguro popular.

El objetivo de la UNEME-EC es: contar con un modelo de atención institucional para atender a personas con los padecimientos de: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, otorgándoles un manejo integral, interdisciplinario, basado en la evidencia científica, las mejores prácticas unidades y las expectativas del paciente.

Actualmente, tanto en el Manual de Implementación como en el Manual de Organización de la UNEME-EC, se encuentran enunciadas la misión y visión de la

unidad, a continuación se especifica cada una de ellas, sin embargo no se pudieron identificar los principios ni los valores rectores.

3.4.1 Misión

Contribuir a desacelerar la tendencia de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, a través de un modelo de prevención clínica, innovadoras, factibles y de calidad que garantice la atención integral de la población demandante y que brinde al personal de salud la posibilidad de desarrollo de competencias profesionales.

3.4.2 Visión

Ser un centro líder en la prestación y seguimiento de servicios de promoción, educación, prevención clínica y control de enfermedades crónicas, de sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes.

3.4.3 Marco jurídico

El marco jurídico de la UNEME-EC tiene su base en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en su artículo 73°, apartado XVI, en donde se da sustento a las instituciones de salud.

Además de fundamentarse en la Constitución Política, el marco jurídico también se basa en leyes como la Ley General de Salud que reglamenta el derecho a la protección de la salud enunciado en la Constitución y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que en el artículo 5° fracción III, especifica que los adultos mayores deben tener acceso preferente a los servicios de salud, además de recibir orientación y capacitación en materia de salud. También se basa en reglamentos como el de Insumos para la Salud. Otros elementos de este marco son los decretos, acuerdos del ejecutivo, acuerdos secretariales y normas oficiales mexicanas, de las cuales podemos destacar las siguientes:

- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

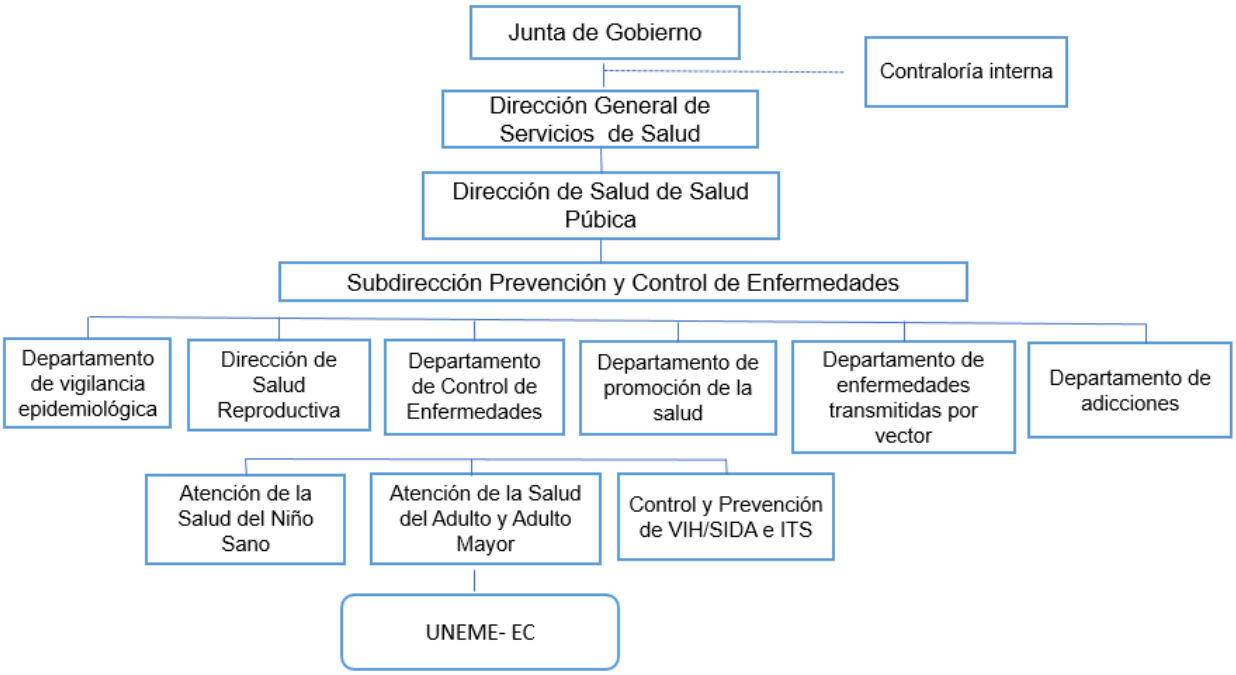
Asimismo, el concepto de Unidades de Especialidades Médicas UNEMEs EC surge del MIDAS (Modelo Integrado de Atención a la Salud), al contemplar la necesidad de una nueva clasificación de unidades vinculadas a esquemas innovadores de inversión y operación, tendientes a alcanzar una cobertura integral de servicios, particularmente en el rubro de la alta especialidad.

Para obtener más información acerca del marco jurídico consultar el anexo 1.

3.4.4 Organigrama

A continuación se presenta el siguiente organigrama que especifica la ubicación de la UNEME-EC dentro de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz (SESVER), desde la Junta de Gobierno hasta la Coordinación de la cual depende.

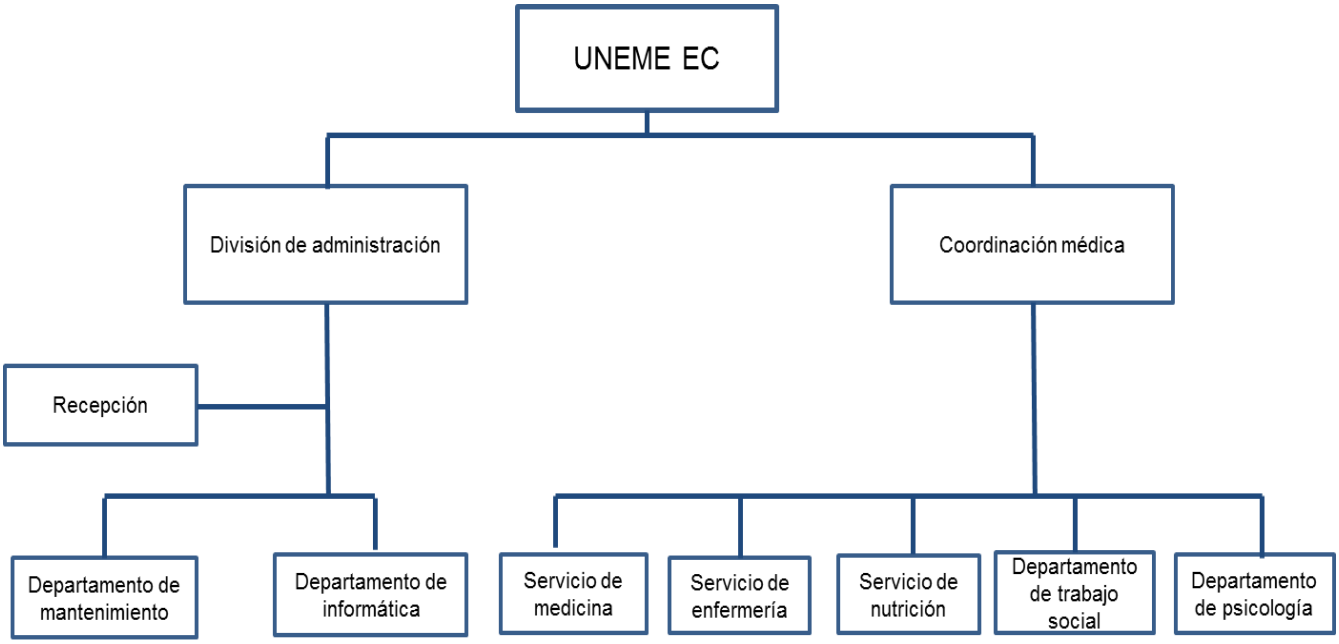
Figura 3. Ubicación de la UNEME-EC en el organigrama de la estructura de SESVER, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos de la página de los Servicios de Salud de Veracruz [internet]. Veracruz; Servicios de Salud de Veracruz; 2007[16].

En el organigrama de abajo se muestra la estructura orgánica de la UNEME-EC, según el Manual de Organización de la Unidad.

Figura 4. Organigrama de la UNEME-EC Xalapa, 2014[17].



Fuente: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Manual de Organización para la Atención de Pacientes en UNEME Enfermedades Crónicas: Sobrepeso,

Riesgo Cardiovascular y Diabetes; marzo 2008; adaptado por la Coordinación del Programa Estatal del Adulto y Adulto Mayor. Servicios de Salud de Veracruz, mayo 2010.

3.4.5 Organización de la UNEME-EC

El personal de la UNEME-EC Xalapa labora de lunes a viernes en un horario de 8 de la mañana a 3:30 de la tarde.

El personal de la unidad se puede clasificar, por el tipo de contratación, en personal de base y de contrato. A continuación se muestra el listado de personal, así como el tipo de contratación (tabla 1).

Tabla 1. Listado de personal que labora en la UNEME-EC Xalapa por tipo de contrato, nivel académico y horario.

Puesto	Función	Tipo de contrato	Nivel académico	Horario
Médico especialista	Coordinador médico	Contrato	Especialidad Médica	08:00-15:30
Auxiliar administrativo en salud	Enlace administrativo	Contrato	Pasante de Ing. Sistemas computacionales	08:00 – 15:30
Enfermera General	Enfermera clínica	Contrato	Licenciado en enfermería	08:00- 15:30
Técnico en trabajo social	Trabajadora social	Contrato	Técnico en trabajo social	08:00-15:30
Apoyo administrativo en salud	Encargado de informática	Base	Técnico en computación	08:00 -14:30
Nutricionista	Nutriólogo clínico	Base	Licenciado en Nutrición	08:00-15:30
Nutricionista	Nutrióloga de campo	Base	Licenciado en Nutrición	08:00 -15:30
Apoyo administrativo en salud	Servicios generales	Base	Primaria	08:00 -14:30
Psicóloga	Psicóloga	Base	Licenciada en	08:00 – 15:30

	clínica		psicología	
Apoyo administrativo en salud	recepcionista	Base	Secundaria	08:00 – 14:30
Técnica en enfermería	Enfermera de campo	Homologada	Técnico en enfermería	08:00 – 15:30

Fuente: Servicios de salud de Veracruz, Coordinación de Recursos Humanos, Plantilla de la UNEME – EC Xalapa, 2014.

3.4.6 Descripción de las funciones del personal

El equipo de trabajo de la UNEME-EC está conformado interdisciplinarmente, las funciones que realiza el personal se encuentra descrito en el Manual de Organización de la Unidad. Las principales funciones que lleva a cabo el personal de la UNEME-EC se describen a continuación, sin embargo, para una revisión específica de cada una de éstas, se enlistan de manera detallada en el anexo 2[18].

Coordinador Médico.

Sus funciones principales consisten en coordinar las acciones del personal de la UNEME-EC, así como brindar atención médica a los usuarios; además asigna el alta del paciente, así como las referencias y contrarreferencias.

Enfermera en Salud Pública o Licenciado en Enfermería.

Se encarga de la impartición de talleres individuales o grupales a los pacientes de la UNEMES-EC y de las sesiones a Grupos Preventivos de UNEMES EC. Realiza también trabajo de campo, en donde detecta casos nuevos en los módulos de atención comunitaria a pacientes con enfermedades crónicas para enviarlos al primer nivel de atención.

Licenciados en Enfermería (Enfermero(a) del área clínica).

Se encarga de verificar citas y realizar procedimientos de preconsulta, así como actividades de consulta.

Psicólogos

Realiza una evaluación psicológica del paciente, además coordina e imparte los talleres de psicología.

Nutriólogos

Se encarga de llevar a cabo una evaluación nutricional, coordina e imparte las pláticas informativas y los talleres de cocina, así como labores de campo en coordinación con enfermería y trabajo social.

Trabajo Social

En coordinación con el equipo interdisciplinario realiza el diagnostico comunitario, elabora el Padrón de pacientes afiliados al Seguro Popular que acuden a la UNEME EC, así como la gestión y coordinación con otras dependencias. Es también quien lleva a cabo el seguimiento a las referencias y contrarreferencias que se realicen en la UNEME-EC.

Administrativo

En coordinación con el coordinador médico asegura el funcionamiento correcto de la UNEME-EC, a través de actividades administrativas.

Informática

Es el responsable de que el sistema de información funcione adecuadamente (expediente electrónico, red interna, red externa, etc.).

Recepcionista

Es quien recibe y orienta a los usuarios sobre cualquier duda, además es el encargado del sistema de registro de citas (preconsulta con Trabajo Social y Enfermería, consulta de primera vez con Enfermería, Medicina, Psicología y Nutrición, así como las citas subsecuentes), y la atención en farmacia.

Mantenimiento

Se encarga de la limpieza de la UNEME EC, también del arreglo o soporte de fallas en las diferentes áreas, así como de llevar a cabo una bitácora de mantenimiento y limpieza firmada por el coordinador.

3.4.7 Funciones de la Unidad

El concepto de Unidades de Especialidades Médicas UNEMES surge del MIDAS (Modelo Integrado de Atención a la Salud), al contemplar la necesidad de una "nueva clasificación de unidades" vinculadas a "esquemas innovadores de inversión y operación", tendientes a alcanzar una "cobertura integral de servicios", particularmente en el rubro de la alta especialidad.

El papel de la UNEME es articular el primer y segundo nivel y hacer más eficientes los procesos de atención al paciente con enfermedad crónica mediante su diseño de prevención clínica.

Los esfuerzos para su éxito involucran por una parte al equipo de atención clínica y al equipo de gestión mediante el cual está vinculado con el sistema de salud y la red de atención, por lo anterior se enlistan las competencias de los gestores clínicos involucrados en el modelo UNEME-EC. Dentro de los servicios que oferta, se encuentran [8]:

a) Detección y control del sobrepeso, el riesgo cardiovascular y diabetes mellitus.
b) Tratamiento integral del sobrepeso, el riesgo cardiovascular y diabetes mellitus.
c) Prevención y tratamiento de algunas complicaciones (comorbilidades) y secuelas de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias.
d) Atención de pacientes con alto riesgo en desarrollar ECNT.
e) Promoción para el control de las ECNT.
f) Aplicación del proceso enfermero (plan de cuidados individualizados).
g) Consejería en nutrición.
h) Terapia psicológica.

i) Formación de grupos preventivos de UNEMEs-EC.
j) Actividades de trabajo de campo en escuelas, lugares laborales y módulos de detección.

3.4.8 Proceso de atención al paciente de la UNEME-EC.

El proceso de atención al paciente de primera vez en la UNEME-EC comienza en el área de recepción, en donde el personal da la bienvenida al usuario y otorga información (folletos sobre enfermedades crónicas y directorio de la UNEME), revisa documentación (nota de referencia y póliza del seguro popular) y al finalizar este procedimiento envía al área de trabajo social. En caso de que la documentación del paciente no esté completa, se le orienta para que regrese a la Unidad de atención (Centro de Salud), ya que no cumple el criterio de ingreso.

En caso de cumplir con los criterios de inclusión, el usuario es canalizado a trabajo social, la encargada del área informa al usuario sobre el modelo de atención de la UNEME-EC, recaba firma en la carta de corresponsabilidad y envía de regreso a recepción para ingresar al paciente. Nuevamente en el área de recepción, se registran electrónicamente los datos generales del paciente (se abre expediente) y regresa al área de trabajo social, en donde se verifica su registro electrónico, se realiza un estudio social, cuestionarios de psicología (historia de conductas alimentarias e historia de conductas personales), se sensibiliza al paciente para el cumplimiento a sus citas, y se envía a recepción.

En recepción se verifica la disponibilidad de agenda del área de enfermería y se agenda cita para la preconsulta, posterior a esto se registra en el carnet de citas del paciente el día, la hora de la cita y el nombre del profesional que le atenderá.

Durante la preconsulta en el área de enfermería, cuya duración es aproximadamente de una hora, se recibe al paciente con trato amable y por su nombre, se brinda información sobre lo que se realizará en el área otorgando el tríptico de enfermería, se realizan tomas de signos vitales y somatometría, se da seguimiento a la cartilla de salud y se realiza una valoración podológica. Al final se realiza una nota de enfermería que incluye diagnóstico enfermero y plan de

cuidados sobre lo detectado. Durante esta preconsulta, si se detecta a algún paciente con una lesión mayor (Wagner II en adelante) se refiere al segundo nivel para su atención. Al salir de esta área, se envía al usuario a recepción para agendar la siguiente cita y talleres.

Para una visión más esquemática del proceso aquí descrito, puede revisarse el anexo 3 en donde se muestra dicho diagrama de flujo.

- Consulta de enfermería.

En la consulta de primera vez, cuya duración aproximada es de 30 minutos, se toman los signos vitales, se realiza una somatometría, glicemia capilar y seguimiento a la cartilla de salud. Se realiza una nota de evolución de revisión de pies, en los pacientes con diabetes cada 3 meses y en los usuarios con otros padecimientos crónicos cada 6 meses. También se realiza la aplicación del proceso enfermero, dividiendo las consultas de la siguiente forma:

- 1era etapa Valoración: se aplica la historia clínica de enfermería.
- 2da etapa Diagnósticos: se generan los diagnósticos.

Estas dos primeras etapas se deben terminar de aplicar a lo máximo de tres consultas de enfermería. Al finalizar la consulta se envía al usuario a recepción para agendar la siguiente cita y los talleres

Respecto a las consultas subsecuentes, las cuales tienen una duración también de 30 minutos, se realizan tomas de signos vitales, somatometría, valoración podológica y seguimiento a la cartilla de salud. Se debe continuar con la aplicación del proceso enfermero dividiendo las consultas en la siguiente forma:

3era etapa Planeación: Se crea un plan de cuidados individualizado a partir de las necesidades alteradas de cada persona.

4ta etapa Ejecución: Se lleva a la práctica todo lo enseñado al paciente en el plan de cuidados y se observan los avances.

5ta etapa Evaluación: Se evalúan los objetivos y se determina si se incluye o se continúa brindado atención en enfermería. En caso de que el paciente no haya

cumplido con los objetivos puede continuar recibiendo consultas de enfermería, ya que se tiene hasta un año para lograr que el paciente se adhiera al tratamiento.

Posterior a la consulta, el paciente acude a recepción en donde el encargado agenda cita para consulta médica, la cual se registra en el carnet de citas.

- Consulta médica

La consulta de primera vez tiene una duración de una hora, en ésta se realiza la historia clínica y exploración física completa, se interpreta e informa al usuario los resultados de estudio y así se integra el diagnóstico. Se evalúa si el paciente es apto para realizare actividad física, registrándose en expediente clínico electrónico, se otorgan recomendaciones iniciales de manera verbal e impresa, entregándose al finalizar la consulta una receta médica e invitándole a participar en los talleres. Al finalizar la consulta médica de primera vez, se envía al usuario a recepción (anexo 3)

En las consultas subsecuentes, cuya duración es de 30 minutos, se realiza un diagnóstico integrado del riesgo cardiovascular, sólo para la primera consulta subsecuente; después se emite un diagnóstico integrado y se realiza nota de seguimiento semestral, en donde se actualiza diagnóstico y tratamiento.

Se realiza el diseño del plan individual de actividad física de acuerdo a la patología, diagnóstico, y si el paciente es apto para la práctica de la actividad física, el médico operativo deberá: elaborar el plan de actividad física considerando todos los componentes de la carga para la actividad, recomendaciones generales, indicaciones y contraindicaciones para la ejecución de la actividad física; le enseñará al usuario de manera didáctica la toma de la frecuencia cardiaca, diseñará bloques semanales y mensuales con ejemplos de sesiones indicándole cada una de las fases de la sesión de la actividad física, todo esto de acuerdo con los objetivos y las patologías. Es importante también que el médico brinde atención y orientación hacia la adherencia terapéutica a largo plazo.

En las siguientes consultas subsecuentes se realiza nota de evolución, se actualiza plan de tratamiento farmacológico y actividad física, y algunas actividades complementarias.

Una vez que se concluye cada consulta, se envía el paciente a recepción para agendar nuevas citas con el área de nutrición o psicología, y verificar si el paciente tiene receta médica y acuda a la farmacia (anexo 3).

- Consulta de nutrición

La duración de la consulta de primera vez es de una hora, durante ésta se aplica el cuestionario de la “historia familiar asociada al peso” que se encuentra en el expediente electrónico, se realiza la medición de pliegues cutáneos y se evalúa el estado nutricional siguiendo el formato del expediente electrónico. Se le pide la paciente que realice un recordatorio de 24 horas de los alimentos consumidos de un día entre semana y un día en fin de semana, con apoyo del kit de alimentos; y se aplica el formato del cuestionario de consumo de alcohol, café y tabaco. Se registra en el expediente electrónico el nivel de actividad física del paciente y se determina junto con éste las metas y estrategias para modificar hábitos. Al finalizar el usuario es referido a recepción nuevamente (anexo 4).

De la primera consulta a la segunda deberán pasar 15 días, las citas subsecuentes se harán una vez al mes.

La consulta subsecuente tiene una duración de 30 minutos, se lleva a cabo una medición antropométrica y en el caso de los adultos mayores se aplica la técnica del Chumlea. En la segunda cita se aplica el cuestionario “historia para tener un peso saludable”, en la tercera cita se aplica el cuestionario “registro de hambre y sed”, ambos se encuentran en el expediente electrónico.

Se deben tener en cuenta las estrategias y metas que se establecieron en la primera consulta para determinar la adherencia al tratamiento nutricional; y realizar la adecuación del gasto calórico total para llevar a cabo la distribución de los nutrimentos por grupo de alimentos.

Se entrega y explica la guía de alimentos, corroborando el entendimiento de la misma, nuevamente se determinan con el paciente metas y estrategias para modificar hábitos.

En esta área se brinda el taller de cocina, con duración de una hora, y distribuido de la siguiente manera: 10 minutos de inducción de la receta, 40 minutos de la elaboración y 10 minutos en su degustación.

Finalizando esta cita se acude al área de recepción para agendar cita en el área de psicología (anexo 5).

- Consulta de psicología.

La duración de esta consulta está programada para 50 minutos, en ésta se establece el rapport; se realiza el encuadre de las sesiones psicológicas, se explica el encuadre de atención del área para el logro de la adherencia al tratamiento y se realiza un filtro en el cual se aplica la batería de pruebas psicológicas, para determinar si el paciente es candidato o no a las 12 sesiones psicológicas.

Se elabora su historia clínica y un diagnóstico psicológico, posterior a esto se determina el abordaje psicológico en el cual se establece la dinámica de atención: psicoterapia y talleres, o se refiere sólo a talleres de psicología (anexo 6).

Se agenda a la siguiente consulta a pacientes que ameriten psicoterapia en 12 sesiones hasta concluir con el alta del paciente. Se programan, elaboran y llevan a cabo los talleres de psicología (anexo 6).

- Actividades de campo

Respecto a las actividades de campo por área, en medicina, el director médico realiza la vigilancia de los procesos de la UNEME-EC, a través de la vigilancia de indicadores, reporta al Sistema de Información en Salud (SIS) y al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). También se lleva a cabo la capacitación a médicos de primer nivel y se imparten sesiones al personal de salud de la UNEME-EC.

El enfermero(a) en salud pública lleva a cabo también la vigilancia de los procesos de la UNEME-EC a través de indicadores. Se realizan detecciones integradas con apoyo de las otras áreas (nutrición y trabajo social) en escuelas, centros laborales y en comunidad; y cuando se amerite, se canaliza a las personas a primer nivel de atención para su confirmación diagnóstica o a la UNEME-EC para la integración del grupo preventivo de las UNEMEs-EC.

El trabajador(a) social de campo lleva a cabo el diagnóstico comunitario, además selecciona escuelas, centros laborales y diversos lugares para la instalación de módulos comunitarios. Realiza también detecciones integradas con colaboración de las otras áreas (enfermería y nutrición) en escuelas, centros laborales y en comunidad. El trabajador social se encarga también de coordinar el grupo preventivo de UNEME-EC que fue conformado por las detecciones realizadas por el enfermero en salud pública.

El nutriólogo(a) de campo colabora en las detecciones integradas junto con el área de enfermería y trabajo social en escuelas, centros laborales y en comunidad (anexo 7)

3.4.9 Población beneficiaria

La población beneficiaria de la UNEME-EC Xalapa son todos aquellos pacientes con ECNT que se encuentren en descontrol y que sean referidos para su tratamiento desde los siguientes centros de salud urbanos de Xalapa: Arroyo Blanco, Emiliano Zapata, Sebastián Lerdo de Tejada, Dr. José A. Maraboto, Dr. Gastón Melo, Col. Revolución y Miguel Alemán. Los pacientes que se recibirán en las UNEME -EC deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1) Ser referidos de las Unidades de Primer Nivel de atención (Hoja de Referencia).
2) Que cuente con afiliación vigente al Seguro Popular.
3) Que sean pacientes regulares en su asistencia a control médico. (Corroborado en tarjetero de control y expediente clínico).

4) Se dará prioridad a los pacientes que se encuentren inscritos a los grupos de ayuda mutua de la unidad que lo envió.
5) En el caso de pacientes de reciente diagnóstico (casos nuevos), deberán permanecer 6 meses en su unidad de primer nivel de atención o cumplir 3 consultas consecutivas.

Además de lo descrito anteriormente, los pacientes referidos a la unidad deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

1) Pacientes con síndrome metabólico (3 padecimientos o más)
2) Pacientes con obesidad, hipertensión, diabetes y/o con dislipidemia, los cuales no han podido obtener las metas de tratamiento (descontrolados).
3) Pacientes con diabetes controlados con manifestaciones de neuropatía periférica y/o con sospecha de cardiopatía que no tengan tratamiento crónico de la cardiopatía.
4) Pacientes con diabetes que requieran insulina en su tratamiento.
5) Pacientes con hipertensión y diabetes controladas pero con presencia de microalbuminuria (y/o con sospecha de cardiopatía que no tengan tratamiento crónico de la cardiopatía). Referidos con cuantificación de creatinina menor de 1.8 mg/dl.
6) Pacientes con diabetes e hipertensión que presenten como comorbilidad obesidad (IMC mayor a 30).

IV. Planteamiento del problema a intervenir

4.1 Problema identificado

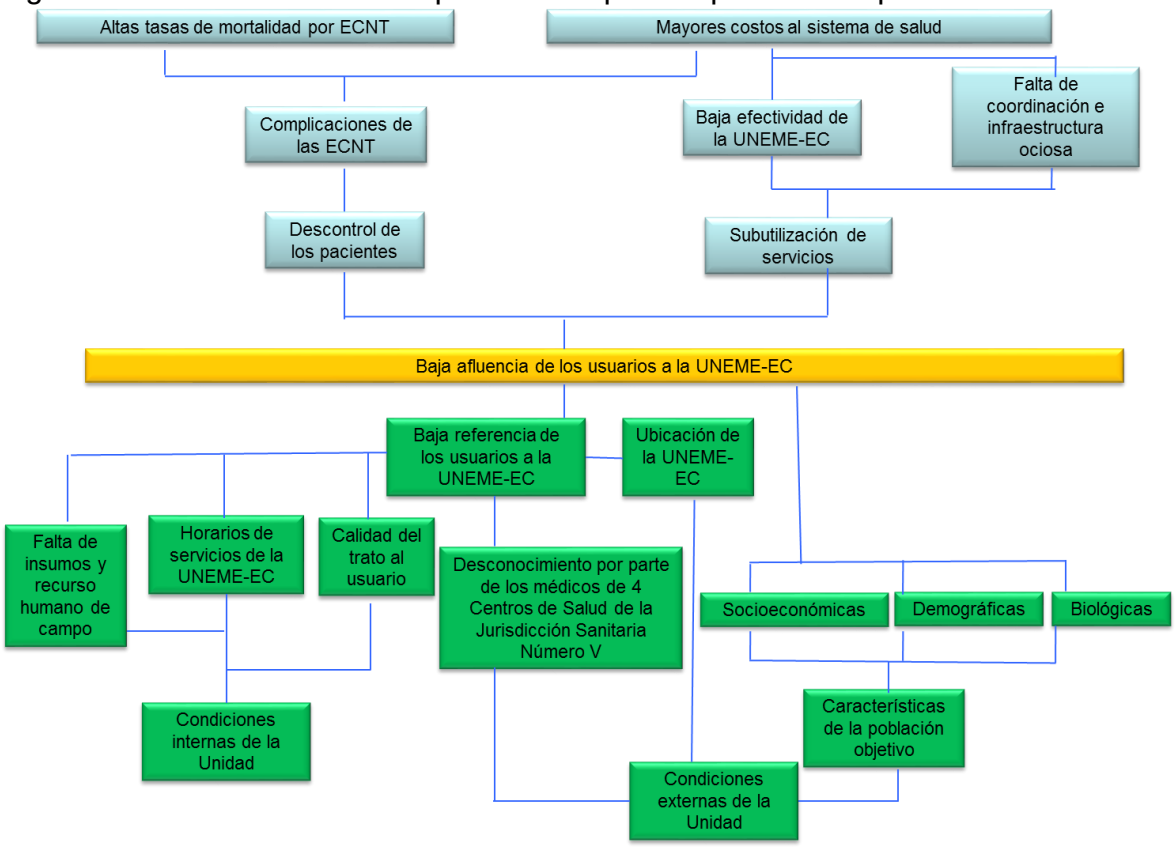
Uno de los principales problemas identificados que se presenta en la Coordinación del Programa Estatal del Adulto y el Adulto Mayor tiene relación con la UNEME-EC, debido a la escasa referencia que los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria número V realizan a esta Unidad, por lo cual los servicios que brinda se encuentran subutilizados; de esta manera se decidió en acuerdo con los asesores llevar a cabo el proyecto de intervención para la resolución de esta problemática.

Cabe mencionar que se llevó a cabo un proyecto de intervención previo por alumnos de la Maestría en Salud Pública en el año 2010, en el cual la problemática que se abordó fue la escasa referencia por parte de los centros de salud hacia la unidad, se trató de dar solución a este problema mediante la promoción de la unidad mediante carteles que fueron proporcionados a los centros de salud, sin embargo debido a que no se obtuvieron modificaciones significativas al problema detectado, se volvió a analizar la problemática y se encontró que los médicos siguen sin tener conocimiento acerca de las funciones que realizan la unidad, desconocen la ubicación o como llegar, además los usuarios no tienen conocimiento de lo que es la UNEME-EC, los servicios que brinda o de su ubicación.

Por lo cual el presente proyecto de intervención tuvó la finalidad de abordar el tema del desconocimiento de la UNEME-EC, para ello se propuso volver a reforzar el conocimiento de la unidad que tienen los médicos, y también informar a los usuarios para que conozcan los servicios que brinda la unidad y los requisitos necesarios para ser referidos.

Para la problematización se llevó a cabo la técnica del Árbol de Problemas, el cual se esquematiza en la figura 5.

Figura 5. Técnica de “árbol de problemas” para el proceso de problematización.



Fuente: Elaboración propia.

En éste, se muestran las causas en color verde, el principal problema identificado en colaboración con los asesores internos y externos en color amarillo, y los efectos en color azul. Para que resultaran más explicativas, las causas se dividieron en internas y externas, las primeras involucran la falta de insumos y recurso humano de campo que presenta la UNEME-EC; los horarios de servicios, que son únicamente matutinos (8:00 a 15:30hrs); y la calidad del trato al usuario, que según un sondeo llevado a cabo con los usuarios de los Centros de Salud, no es bueno; estas tres causas internas afectan la referencia de usuarios.

Las causas externas también inciden en la baja referencia, tales como: el desconocimiento por parte de los médicos de cuatro centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria número V (Arroyo Blanco, Gastón Melo, Revolución y Emiliano Zapata); la ubicación de la UNEME-EC, ya que se haya en un sitio de

difícil acceso y poco conocido por la mayoría de la población, además no se cuenta con ningún tipo de señalización que indique su existencia; otras causas externas son las características de la población objetivo: las socioeconómicas, ya que por ser población beneficiaria del Seguro Popular, indica que su trabajo no les otorga ningún tipo de seguridad social, por lo que podría ser más inestable su situación económica. También indica que antes de afiliarse a éste, debían requerir en mayor medida al gasto de bolsillo, lo que puede indicarnos mayores costos para solventar su enfermedad; las características demográficas, ya que en su mayoría las personas que asisten a la UNEME-EC son mujeres de entre 45 y 60 años, que por sus actividades no pueden acudir de manera regular en los horarios que la Unidad ofrece. Las características biológicas de los usuarios también constituyen un factor importante que les impide asistir a la Unidad, ya que pueden presentar complicaciones propias de la edad que les impiden acudir hasta ésta, considerando su ubicación y que la calle en la que se encuentra no está pavimentada.

Los efectos principales de la baja afluencia de usuarios a la UNEME-EC son el descontrol de los pacientes, que produce complicaciones propias de las enfermedades crónicas, y por tanto altas tasas de mortalidad por ECNT a nivel estatal y nacional; además de mayores costos al sistema de salud, lo que afecta la economía del país. La baja afluencia de usuarios también ocasiona que los servicios que brinda la UNEME-EC se encuentren subutilizados, por lo que la Unidad no posee una adecuada coordinación con el PND 2013 - 2018 ni con el PROSESA 2013 – 2018 (no contribuye de manera significativa a la consecución de sus objetivos), por lo que representa infraestructura ociosa; esto ocasiona a su vez que la UNEME-EC no tenga la efectividad planeada y su misión y visión no se lleven a cabo satisfactoriamente; situaciones que generan mayores costos al sistema de salud.

4.2 Perspectiva de los diferentes actores sociales que identifican el problema

Fue imprescindible el tomar en cuenta la perspectiva que cada actor social tuvo para considerar a la falta de afluencia de usuarios un problema trascendente, ya que impide el cumplimiento efectivo de los objetivos de la UNEME-EC.

Para conocer la perspectiva de cada actor social se realizó un diagnóstico basal, lo cual nos brindó la información necesaria para detectar el problema a intervenir y las causas que lo pueden estar originando, así como los puntos de vista de los diferentes actores sociales involucrados.

A continuación se describe la visión que cada actor social percibe de la problemática identificada:

Coordinador del Programa Estatal del Adulto y del Adulto Mayor: Identificó que la UNEME-EC ha venido presentando el problema de tener pocos pacientes referidos, lo que genera una subutilización de los servicios de la unidad, y que entre las causas puede estar la ubicación de la unidad y que los médicos nuevos desconocen la unidad.

Coordinador médico de la UNEME: refirió que el principal problema es la falta de usuarios por parte de los centro de salud, indica que la causa que él ha identificado es el desconocimiento que tienen los médicos sobre la existencia de la unidad y los requisitos de inclusión pues cada vez que llegan a un nuevo centro de salud no son informados, además del desinterés que muestran algunos médicos pues creen que la unidad no hace ningún cambio en el control de los pacientes.

Médicos de los Centros de Salud: una minoría de los médicos conocen que es la UNEME-EC, aunque los criterios de inclusión para los usuarios no les han quedado claros, e indicaron que esos criterios limitan mucho el poder referenciar a los pacientes, además desconocen la ubicación de la unidad o las indicaciones

sobre cómo llegar, lo que igual limita el que puedan referir; otro factor identificado por parte de estos actores sociales fue que cuando envían a los usuarios a la unidad, estos no reciben un trato adecuado, o bien no cubren el medicamento o los análisis correspondientes, lo que implica para el usuario referido trasladarse a otro lugar y genera un gasto, ocasionando un desinterés por asistir a la UNEME-EC.

Usuarios de los Centros de Salud con ECNT: los usuarios, a excepción de los referidos, desconocen que es la UNEME-EC, los servicios que brinda, los requisitos para ser referidos y la ubicación de la unidad, sin embargo, ellos reconocen que si su médico los refiriera, si asistirían pues es para mejorar su calidad de vida y su salud, muestran disponibilidad para asistir y hacer los arreglos necesarios para ir, pero para ello es fundamental que tengan muy claro que servicios les ofrece la unidad y como pueden acceder a estos, también se les debe dar indicaciones claras para llegar.

4.2.1 Hipótesis

Espacios / Planos	General	Particular	Singular
De los Flujos Funcional o Fenoménico	Los pacientes con ECNT no asisten a la UNEME-EC debido a su ubicación poco estratégica.	No hay afluencia de usuarios a la UNEME-EC debido a que algunos médicos de los centros de salud se niegan a referir a los pacientes, ya que en ocasiones han sido contrarreferidos al centro de salud (porque no cumplían con los criterios de inclusión, mal trato o “no había citas”).	No hay afluencia de usuarios a la UNEME-EC debido a que los médicos de los centros de salud no conocen la ubicación de la Unidad. Tampoco los usuarios conocen la Unidad.

De las Acumulaciones, de los Actores Sociales, o Estructural	Los recursos destinados a la compra de un lote para la UNEME-EC no fueron suficientes por lo que el terreno donde se ubicó la unidad fue una donación y por ello no se pudo ubicar de manera estratégica. La calle donde se encuentra la Unidad no está pavimentada, no hay señalización (involucra sector social).	No hay afluencia pues los médicos no refieren a los usuarios debido a la falta de medicamentos e insumos en la Unidad. El coordinador estatal del programa del adulto y el adulto mayor considera que la principal causa de la baja afluencia es la ubicación de la unidad y la falta de insumos. La ubicación de ésta evita que los usuarios con ECNT y edad avanzada puedan acceder a ella.	No hay afluencia de usuarios a la UNEME-EC debido a la falta señalización en los alrededores, así como el desconocimiento de la ubicación por parte de los médicos de los centros de salud y de los propios usuarios.
De las Reglas Básicas o Genoestructural	El PROSESA 2013 – 2018 no contempla explícitamente a las UNEMEs-EC.	Hay poca afluencia de usuarios a la UNEME-EC debido a que los criterios de inclusión son poco flexibles (se han ido modificando, ejem: ya se aceptan pacientes con más de 5 años de diagnóstico de su ECNT), y únicamente se atienden a personas afiliadas al Seguro Popular. El horario de atención es sólo matutino (de 8 a 3 pm).	Hay poca afluencia de usuarios a la UNEME-EC debido a que los médicos de los centros de salud no conocen los criterios de inclusión para referir a los usuarios.

Fuente: Elaboración propia. Con base en Investigación de Problemas, en Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 2ª 2006. Págs. 81-127.

4.3 Medición basal.

Para la comprobación de las hipótesis y debido a que ya se realizó una intervención previa que abarcaba la problemática de las referencias de los centros de salud, se decidió que se requería realizar nuevamente un censo con los médicos de los cuatro centros de salud urbanos de la ciudad de Xalapa que en el último trimestre del 2013 y los primeros dos meses del año 2014 no refirieron

ningún paciente a la UNEME-EC, estos centros de salud son: Revolución, Gastón Melo, Arroyo Blanco y Emiliano Zapata. El motivo es verificar si los médicos tienen conocimiento de la UNEME-EC, acerca de los servicios que ofrece, la ubicación y los criterios de inclusión necesarios para la admisión de los pacientes, pues la intervención anterior tuvo como objetivo dar a conocer la unidad, sin embargo no se tienen datos actuales acerca de esto. También se quiere conocer la perspectiva de las personas que padecen una ECNT, ya que no se tienen conocimiento de ello, y se ha llegado a la conclusión de que las personas usuarias son también parte fundamental de la problemática que se está presentando.

Para realizar el censo se elaboró un cuestionario de 4 preguntas cerradas y una pregunta abierta dirigida a los médicos (anexo 8); además se realizaron entrevistas informales con pacientes que presentaban ECNT y que se encontraron en el centro de salud al momento del censo, a través de un cuestionario de 9 preguntas (anexo 9); la aplicación de estos cuestionarios tanto para médicos como usuarios se realizó los días 12, 13 y 18 de marzo (sólo turno matutino), se hace la aclaración de que la encuesta se realizó en la mañana pues es el horario en que las personas que tienen ECNT acuden a sus citas.

Criterios para la realización del censo a los médicos

Se realizó un censo a los médicos de los Centros de Salud: Revolución, Gastón Melo, Arroyo Blanco y Emiliano Zapata del turno matutino, ya que estos centros de salud no refirieron ningún paciente en el periodo que se analizó (octubre 2013-febrero 2014). Sin embargo los médicos del Centro de Salud Gastón Melo no participaron en la encuesta, pues ellos en su unidad cuentan con un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) que es a donde refieren a sus pacientes. Por lo cual al final se decidió que para el diagnóstico basal solo se tomara en cuenta a los Centros de Salud Revolución, Arroyo Blanco y Emiliano Zapata.

Criterio de inclusión

- Médico (atención médica) de un núcleo básico de un centro de salud urbano de Xalapa.

- Usuario de los centros de salud mencionados que asista a consulta externa para el tratamiento de su ECNT, que cuente con Seguro Popular.

Criterio de exclusión

- Personal que no acepte participar.
- Usuarios que no acepten participar.

La información que se obtuvo se muestra en el apartado de “Resultados de la encuesta a médicos antes y después de la intervención”.

4.4 Variables o dimensiones del problema

Tabla 2. Variables causantes del problema de intervención elegido, en las cuales se pretende actuar y evaluar.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Conocimiento del médico del centro de salud sobre la UNEME-EC.	Grado de información que posee el médico para poder discernir en una elección o toma de decisión[19].	Información que tienen los médicos de los centros de salud acerca de la UNEME-EC Xalapa, en cuanto a: - Funciones - Ubicación - Criterios de inclusión - Características de la atención	Cuantitativa De razón	Porcentaje de médicos que conocen la UNEME-EC, en cuanto a: - Funciones - Ubicación - Criterios de inclusión. - Características de la atención
Conocimiento del usuario con ECNT sobre la UNEME-EC.	Grado de información que posee el usuario para poder discernir en una elección o toma de decisión[19].	Información que tienen los usuarios de los centros de salud acerca de la UNEME-EC Xalapa, en cuanto a: -Conocimiento acerca de la existencia, ubicación y funciones de la UNEME- EC	Cuantitativa De razón	Frecuencia de usuarios que conocen la UNEME-EC, en cuanto a: - La existencia, ubicación y funciones de la UNEME_EC.

4.5 Manifestaciones del problema

Para evaluar el problema se consideraron los aspectos de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, valor político y motricidad.

4.5.1 Magnitud

Se realizó una revisión de los datos sobre las referencias de pacientes que hicieron los centros de salud (Gastón Melo, Revolución, Emiliano Zapata, Arrollo Blanco, Lerdo de Tejada, Maraboto y Miguel Alemán) a la UNEME-EC Xalapa, para esto se abarco el periodo de octubre 2013 a febrero 2014, en este periodo se refirieron solamente 19 pacientes, que en su mayoría (13 pacientes) fueron referidos por el Centro de Salud Lerdo de Tejada, los otros dos centros de salud que refirieron fueron el Centro de Salud Miguel Alemán y el Centro de Salud Maraboto.

4.5.2 Trascendencia

La poca afluencia de usuarios referidos objetivo a la UNEME-EC, genera una sub utilización de los recursos que brinda la unidad, y se deja de cumplir con el objetivo de brindar una atención integral, otro punto a tomar en cuenta es que los médicos que no refieren a la unidad lo hacen al segundo nivel y estos pacientes pueden llegar incluso al tercer nivel de atención, generando elevados costos de atención debido a las complicaciones producidas por las enfermedades y al costo de hospitalización.

4.5.3 Vulnerabilidad

La problemática a intervenir en este proyecto puede ser vulnerada al crear estrategias que incidan sobre las causas que la generan. Estas estrategias se centran en brindar información sobre la unidad (funciones, criterios de inclusión, requisitos administrativos, ubicación) a los dos actores principales que se identificaron en la problemática: médicos que refieren y usuarios de los centros de salud con ECNT. Ya que la poca afluencia de usuarios es un problema que no se

presenta en las otras dos UNEMEs-EC del Estado (Poza Rica Y Coatzacoalcos) se puede ver que el problema si es vulnerable y se puede incidir en él.

4.5.4 Valor político del problema

El valor político se refiere a la legitimidad que puede obtenerse de la resolución del mismo. Actualmente los usuarios no tienen conocimiento de los servicios que integran la unidad o su ubicación, por lo que no se están utilizando en su totalidad los recursos con los que cuenta la UNEME-EC, por ello el problema si tiene valor político pues al brindar a los usuarios información sobre la unidad se pretende generar un cambio para beneficio del usuario (mejorar su calidad de vida, reducir el riesgo de padecer complicaciones) y de la unidad pues no se subutilizarían los recursos.

4.5.5 Motricidad

Otro concepto que ha sido utilizado al evaluar la magnitud de un problema es el de motricidad, es decir, la capacidad que un problema tiene de arrastrar a otros al resolverse. Este concepto permite seleccionar que problema tendrá más influencia o efecto de arrastre sobre los otros. El problema sobre el que se trabajara tiene la capacidad de resolver el problema de los costos que se generan por las complicaciones clínica, y mejorar la calidad de vida.

V. Diseño del proyecto de intervención

Este proyecto estuvo enfocado en intervenir en una de las causas que influyen en la baja afluencia de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y que no cumplen con sus metas de tratamiento. La baja afluencia de usuarios a la UNEME-EC puede explicarse por la falta de capacitación de los médicos para dar a conocer la UNEME-EC y así también la ausencia de material efectivo que promocione a la UNEME-EC, dirigido tanto a médicos de centros de salud urbanos de Xalapa, y a usuarios que asisten a los mismos.

5.1 Objetivo general

Aumentar la afluencia de pacientes con ECNT que no cumplan metas de tratamiento a la UNEME-EC, mediante la promoción de la misma, por medio de recursos materiales informativos que den a conocer esta Unidad en cuanto a la existencia, ubicación y el funcionamiento de la misma.

5.2 Objetivos específicos

1) Capacitar a los médicos de los centros de salud urbanos de Xalapa seleccionados, acerca de la existencia y funcionamiento de la UNEME-EC.
2) Informar a los médicos de los centros de salud urbanos de Xalapa los criterios de inclusión y referencia sobre las enfermedades que se atienden en la UNEME-EC.
3) Dar a conocer a los usuarios de los centros de salud urbanos de Xalapa, la existencia de la UNEME-EC, y la población que puede acudir a ella, a través de un cartel en gran formato.

5.3 Metas de proceso

- Lograr que el 100% de los médicos de los centros de salud seleccionados para la intervención acudan a la plática informativa que se impartirá.
- Lograr que el 100% de los consultorios de los médicos de los centros de salud seleccionados para la intervención cuenten con el material informativo.

- Lograr que el 100% de los centros de salud seleccionados para la intervención cuenten con un cartel informativo que será presentado en gran formato, dirigido a los usuarios de los centros de salud.

5.4 Metas de resultado

- Lograr que el 100% de los médicos de los centros de salud seleccionados que acudan a la plática informativa conozcan la existencia de la UNEME-EC, Ubicación geográfica, servicios que se ofrecen y criterios de referencia.
- Incrementar el número de referencias hacia la UNEME-EC, posterior a la plática informativa.

5.5 Plan de intervención

La intervención se enfocó en la baja afluencia que existe de pacientes a la UNEME-EC, por lo cual debido a esta problemática, este proyecto se dirigió a los médicos y usuarios seleccionados de los centros de salud urbanos en Xalapa (Emiliano Zapata, Arroyo Blanco y Colonia Revolución), para proporcionar información necesaria acerca de las funciones, actividades y criterios de inclusión y referencia a la UNEME-EC. Para ello en cada consultorio se proporcionó material informativo dirigido a los médicos, así también en relación al material informativo dirigido a los usuarios con ECNT que asisten a los centros de salud se colocó un cartel promocionando a la UNEME-EC Xalapa.

5.5.1 Lugar de Ejecución

El desarrollo de este proyecto de intervención tuvo como sede de la práctica profesional la Coordinación del Adulto y del Adulto mayor en donde se identificó la problemática de la Unidad de Especialidades Médicas de Xalapa (UNEME-EC), por lo tanto para resolver esta problemática las acciones fueron llevadas a cabo en los centros de salud seleccionados (Emiliano Zapata, Arroyo Blanco y Colonia Revolución), ya que de acuerdo al censo realizado para obtener información acerca de la referencia que realizaban los centros de salud a la UNEME-EC, estos se identificaron con el menor número de referencias.

5.5.2 Población Objetivo

La plática informativa que se desarrollará como parte del proyecto de intervención estuvo dirigida a los médicos de los centros de salud seleccionados (Emiliano Zapata, Arroyo Blanco y Colonia Revolución). Por otra parte, se tuvo contemplado el repartir material en los consultorios de los médicos, donde se encuentren los criterios para referenciar pacientes a la unidad de manera práctica. En cuanto a la población objetivo que asiste a los centros de salud se ubicaran carteles en gran formato, donde se promociona la unidad, y el requisito con el que se debe contar que es ser afiliado del seguro popular.

5.5.3 Actividades a realizar

Se impartirá una plática en los centros de salud seleccionados (Emiliano Zapata, Arroyo Blanco y Colonia Revolución) la cual será dirigida a los médicos de las unidades, donde se abordaran antecedentes históricos de la UNEME-ECE Xalapa, su ubicación geográfica y como llegar hacia ella, su misión, visión, funcionamiento y la atención que es proporcionada a los pacientes que son referidos a la unidad. Se explicaran los requisitos que debe cumplir un paciente para ser referido a la unidad por parte de los médicos. Durante la plática informativa se le proporcionara al médico el material informativo que contiene de manera práctica los contenidos para referir al paciente a la unidad. Al finalizar la plática se ubicaran los carteles en gran formato para los usuarios del centro de salud.

La plática se impartirá en una sesión de dos horas en los centros de salud seleccionados (Emiliano Zapata, Arroyo Blanco y Colonia Revolución). Para esto, se llevarán a cabo dos pláticas con idéntica temática, esto con el objetivo de que asistan el 100% de los médicos de los centros de salud seleccionados, y debido a que no pueden acudir todos en la misma sesión pues el centro de salud debe cubrir sus consultas del día de manera normal, se decidió llevar a cabo dos pláticas en diferente día, dividiendo a los médicos en dos grupos.

Para la realización de la plática informativa se utilizaran los siguientes recursos:

- Personal capacitado que impartirá la plática informativa

- Hojas de papel bond
- Folders
- Lapiceros
- Cañón
- Computadora
- Paquete de Microsoft Office

En cada una de las sesiones se llevará a cabo la entrega del material informativo elaborado por el equipo, el cual consiste en un caballete para el escritorio del médico, que se ubicará en cada consultorio de los centros de salud seleccionados (anexo 10), el cual tiene el objetivo de recordar a los médicos los criterios clínicos y administrativos necesarios para referir pacientes la UNEME-EC, así como un croquis que le permitirá explicar de manera didáctica la ubicación al usuario. Además se repartirá el material informativo destinado al usuario con ECNT (anexo 11), el cual tiene la finalidad de dar a conocer la UNEME-EC y motivar a que el usuario pregunte a su médico acerca de cómo puede ser referido a la Unidad. Este se ubicará en la sala de espera de cada centro de salud seleccionado.

En la siguiente cédula se muestra el cálculo que se contempló para la realización de la plática informativa dirigida a los médicos de 3 centros de salud: Revolución, Zapata, y Arroyo Blanco.

Tabla 3. Cédula de cálculo de recursos para realizar la plática informativa acerca de la UNEME-EC Xalapa. 2014

Hoja de cálculo para las actividades a realizar en la UNEME-EC				
1	2	3	4	5
Actividades	Universo	Cobertura en %	Concentración	Total de actividades
Pláticas informativas por parte del coordinador médico de la UNEME-EC	15 Médicos de los centros de salud: Revolución, Zapata, y Arroyo Blanco	100%	1 sesión/centro de salud	15
6	7	8	9	10

Recursos o instrumento	Rendimiento	Total de recursos	Costo unitario	Presupuesto
Hora/capacitador	1 sesión/ hora capacitador	15	$146.00	$2190.00

Fuente: Elaboración propia

5.6 Viabilidad

La viabilidad se refiere a las posibilidades políticas de ejecución, básicamente en función de la existencia o no de recursos críticos[20]. El recurso crítico por excelencia de la intervención consiste en la reubicación de la Unidad, esto debido a que es un recurso que no se haya bajo el control del equipo de intervención, sino en la de otro actor con recursos de poder, cuya construcción de viabilidad requiere un lapso de tiempo mucho mayor al disponible para llevar a cabo la intervención, por lo que no pudo trabajarse directamente en la consecución de éste, y se eligió la promoción de la Unidad para aumentar la afluencia de usuarios.

Un aliado importante para la realización del proyecto de intervención fue la asesora externa, así como el coordinador médico de UNEME-EC Xalapa, ya que buscó gestionar la participación de los médicos mediante procesos de negociación con los médicos de los centros de salud seleccionados (Emiliano Zapata, Arroyo Blanco y Colonia Revolución). Alternadamente se buscó la autorización por parte de la Jurisdicción Sanitaria No. V para realizar las pláticas y que la intervención tuviera carácter oficial autorizado por dicha institución.

Actores sociales involucrados en el proyecto de intervención:

- Médicos de los centros de salud seleccionados: Aliados/oponentes. Debido a que serán parte importante de cumplir con los objetivos de la intervención, al referenciar a los pacientes que cumpla los criterios a la UNEME-EC Xalapa. Al mismo tiempo pueden funcionar como oponentes al no aceptar participar en las pláticas informativas o al no referenciar pacientes teniendo conocimiento de la unidad y criterios de inclusión de los pacientes.

- Asesora externa de práctica de campo: Aliada. Durante todo el proceso fue indispensable para poder realizar mejoras al proyecto, así como proporcionar el respaldo institucional por parte de la Jurisdicción Sanitaria No. V.
- Asesoras interna de práctica de campo: Aliadas. Las cuales nos brindan apoyo para mejoras y propuestas para que el proyecto de intervención cumpla sus objetivos.
- Médico coordinador de la UNEME-EC Xalapa: Aliado. Debido que ha dado seguimiento de las actividades que se han decido realizar, así como mostrar disponibilidad de tiempo para asesorías y en cuanto a proporcionarnos información necesaria para el cumplimiento del proyecto de intervención. Así como gestionar con los médicos de los centros de salud seleccionados el tiempo para las sesiones de las pláticas informativas.
- Personal de la UNEME-EC Xalapa: Aliados. Fueron parte importante del proyecto de intervención al proporcionar información necesaria sobre el funcionamiento de la unidad y aclarar dudas sobre criterios de inclusión y las actividades que se realizan en la unidad.
- Autoridades jurisdiccionales: Aliados. Facilitaron los procesos de comunicación con los centros de salud seleccionados (Emiliano Zapata, Arroyo Blanco y Colonia Revolución). Y por consiguiente el logro de los objetivos del proyecto de intervención.

5.7 Factibilidad

La factibilidad se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios (operativo, técnico y económico) para llevar a cabo los objetivos o metas señalados.

- Operativo

Disponibilidad de tiempo y recurso humano

Gestión para las pláticas informativas y permisos para implementación del material

- Técnico

Material informativo (caballete de acrílico y cartel en gran formato)

- Económico

Presupuesto para la realización del material informativo

En el presente proyecto de intervención no se tuvo inconveniente al respecto de estos criterios señalados para llevarse a cabo.

5.8 Plan e instrumentos de evaluación de la intervención

La evaluación de intervenciones en Salud Pública constituye un pilar imprescindible en el desarrollo de políticas de salud[21]. La evaluación es usada como un procedimiento para investigar de manera sistemática la efectividad de las intervenciones atendiendo la necesidad de comprobar el impacto que la intervención podría tener en la resolución de la problemática planteada del proyecto de intervención que se centró, la baja afluencia de pacientes con enfermedades crónico no trasmisibles, que no cumplieran metas de tratamiento y que deberían ser referidos a la UNEME-EC Xalapa.

Atendiendo la necesidad de evaluar el impacto que tiene el presente proyecto de intervención para la resolución de la problemática planteada de la baja afluencia de pacientes a la UNEME-EC. Se propuso una fase de evaluación.

La cual estuvo dirigida a evaluar el conocimiento de los médicos de los centros de salud seleccionados (Arroyo blanco, Emiliano Zapata y Col. Revolución) sobre la UNEME-EC. Posterior a la plática informativa que se impartió donde se dio a conocer un caballete de acrílico donde se incluían los criterios de referencia de los pacientes y un croquis de cómo llegar a la unidad, el cual estará en los escritorios de los médicos de dichos centros de salud. El instrumento que se usó para la evaluación de los médicos fue en el que se aplicó en el diagnostico basal, el cual consistía en una seria de preguntas que abordaron aspectos relacionados con la existencia y ubicación de la UNEME-EC, criterios para la referencia de los pacientes, este instrumento se aplicó después de tres semanas de impartida la plática y material informativos.

La evaluación hacia la población usuaria de los centros de salud consistió en un instrumento con una serie de preguntas que abordaban si tenían una Enfermedad Crónica No transmisible (ECNT), tiempo de evolución, conocimiento y ubicación de la UNEME-EC, y si su médico le ha informado de la existencia de la misma, este se aplicara tres semanas posteriores a la ubicación de los carteles vestibulares. Se conservó como base el cuestionario aplicado durante el diagnostico basal.

En cuanto a la evaluación global de la intervención se evaluaran las referencias de usuarios a consulta de primera vez un mes antes de intervenir. Posterior a la intervención un mes después, se evaluaran las referencias de los pacientes de consulta de primera vez, que fueron referidos de los diferentes centros de salud seleccionados para la intervención (Emiliano Zapata, Col. Revolución, Arroyo Blanco).

Tabla 4. Plan de intervención e instrumentos de evaluación.

Actividad	Fecha y hora	Duración	Instrumentos de evaluación	Mecanismos de control
Plática informativa y entrega de material informativo en el Centro de Salud colonia Revolución	14/mayo/2014 12:00 – 13:00hrs	2 horas	Cuestionario aplicado a médicos durante medición basal. Aplicación 3 semanas después de la plática informativa	Cronograma de plática Asistencia de los médicos a la plática
Plática informativa y entrega de material informativo en el Centro de Salud colonia Arroyo Blanco.	15/mayo/2014 12:00 – 13:00hrs	2 horas	Cuestionario aplicado a médicos durante medición basal. Aplicación 3 semanas después de la plática informativa	Cronograma de plática Asistencia de los médicos a la plática

Plática informativa y entrega de material informativo en el Centro de Salud colonia Emiliano Zapata	15/mayo/2014 13:00 – 14:00hrs	2 horas	Cuestionario aplicado a médicos durante medición basal. Aplicación 3 semanas después de la plática informativa	Cronograma de plática Asistencia de los médicos a la plática
Cartel en gran formato para usuarios en sala de espera de los CS seleccionados	Entrega en CS 14 y 15 de mayo 2014	Permanente	Cuestionario aplicado a usuarios durante el diagnóstico basal. Aplicación 3 semanas después de ser colocado.	Solicitud de permisos de ubicación de cartel en CS, con el jefe de la Jurisdicción Sanitaria V
Revisión global de las referencias a la UNEME-EC	19 – mayo – 2014 9:00 – 13:00hrs	4 horas	Formato de referencias realizadas a la UNEME-EC.	Lista de cotejo en la UNEME-EC: nombre del paciente, CS, asistencia del médico a plática informativa

VI. Ejecución del proyecto de intervención.

6.1 Actividades realizadas y resultados obtenidos

Para la realización de este proyecto de intervención se requirió conocer las razones por la cuales cuatro de los centros de salud de Xalapa no hicieron referencia de pacientes durante el último trimestre del año y en los primeros dos meses de este año en curso, para poder tener este acercamiento fue necesario gestionar un permiso para poder acceder a los centros de salud, y poder conocer las razones tanto de médicos los motivos por lo cual no hacían referencia, así como también conocer si los usuarios tenían algún conocimiento sobre la existencia de la UNEME-EC, para realizar las gestiones se contó con el apoyo de la Coordinadora del Programa del Adulto y el Adulto Mayor de la Secretaria de Salud, quien también brindó una opinión acerca de la problemática, realizó observaciones en cada etapa del proyecto de intervención e hizo observaciones sobre el contenido y diseño de material publicitario sobre la UNEME-EC.

Con respecto al material publicitario que se utilizó para la promoción de la UNEME-EC, se elaboró un primer diseño, para su posterior revisión por parte del MSP Gustavo Vargas, quien es el encargado del Laboratorio de Medios del Instituto de Salud Pública, quien nos realizó observaciones sobre el diseño del material en cuanto a forma y contenido. Después de esto se realizaron los cambios correspondientes, que incluyeron el cambio en la imagen y los colores de la unidad; después de que el material fue aprobado por la Coordinadora del Programa, se procedió a su impresión para su posterior entrega a los centro de salud, esto con una previa plática informática en donde se realizaría la entrega.

Para la realización de las pláticas informativas se contó con el apoyo del Coordinador médico de la UNEME-EC Xalapa, con el cual se acordó que el contenido de la plática seria básicamente hablar sobre las funciones y servicios que ofrece la unidad, la ubicación, los criterios de inclusión y exclusión, así como otros aspectos sobre los requisitos administrativos. Una vez que se tuvo el contenido de la plática, se fijaron las fechas para la impartición de las mismas. Las

pláticas informativas estuvieron planeadas para realizarse los días 14 y 15 de mayo en los centros de salud Revolución, Arroyo Blanco y Emiliano Zapata. Sin embargo se presentó un inconveniente en el centro de salud Revolución por lo que la plática se postergó para el día 28 de mayo, fecha propuesta por la directora del centro de salud, sin embargo se entregó el material informativo y se les dio las indicaciones sobre cómo utilizarlo para que no se retrasara más el proyecto. Al final de realizar los ajustes mencionados anteriormente, la programación de las pláticas quedo integrada como lo muestra la tabla 5.

Tabla 5. Programación de las pláticas informativas acerca de la UNEME-EC Xalapa impartidas en los tres centros de salud intervenidos. Mayo 2014.

Centro de salud	Fecha	Horario
Arroyo Blanco	15 de Mayo de 2014	12:00 horas
Emiliano Zapata	15 de Mayo de 2014	13:00 horas
Revolución	28 de Mayo de 2014	13:00 horas

La duración de las pláticas informativas fue de aproximadamente una hora, la dinámica de trabajo constó de presentar la información de la UNEME-EC por parte del Coordinador médico de la unidad, seguido de una intervención breve por parte de las alumnas del ISP para dar a conocer el proyecto de intervención y el contenido del material que se les iba a entregar, y finalmente se dio paso a una sección de preguntas para responder a las dudas y/o comentarios de los asistentes a la plática.

En las pláticas informáticas la mayoría de los asistentes mostraron interés por conocer sobre todo los requisitos clínicos y administrativos para referenciar pacientes a la unidad, sus dudas fueron resueltas por el Coordinador de la unidad quien animo a los asistentes a referenciar pacientes para trabajar en conjunto y lograr un mejor control metabólico, así como reducir complicaciones que se presentan debido a estos padecimientos crónicos. Durante la plática también surgieron varias propuestas por parte de los médicos para mejorar la afluencia de pacientes entre las cuales se destaca el cambio de ubicación de la unidad y la

apertura de un turno vespertino para dar atención, ya que varios de los posibles candidatos a la unidad se encuentran ocupados durante la mañana, razón por la que a pesar de necesitar el servicio no pueden acudir.

En cada plática se elaboró una lista de asistencia con la finalidad de conocer el número de médicos que asistieron. En total se registraron en las listas de asistencia 41 personas adscritas a los tres centros de salud, de los cuales 14 fueron médicos (población objetivo), y los restantes fueron enfermeras quienes también mostraron interés por conocer sobre el tema.

Dos semanas después de la realización de la plática se realizó nuevamente una encuesta para mediar el grado de conocimiento de los médicos sobre la unidad mediante un cuestionario. La evaluación se realizó el día 28 de mayo de 2014 y se incluyó tanto a aquellos médicos que asistieron a la plática como a los que no estuvieron presentes. En total se realizó la evaluación a 15 médicos.

Por medio del cuestionario aplicado, se evaluó el conocimiento sobre la ubicación de la UNEME-EC, y los criterios de inclusión (clínicos y administrativos) para realizar la referencia, así como también conocer si después de la plática había referido algún paciente a la unidad. Para considerar que el médico tenía conocimiento adecuado de la ubicación se tomó como criterio que mencionaran la calle o colonia donde se encuentra la unidad y que menciona mínimo cuatro criterios de inclusión. También se elaboró un cuestionario muy breve para los usuarios con ECNT de los centros de salud en donde se dieron las pláticas para evaluar si conocían el material publicitario (cartel) y si les fue de ayuda para solicitar informes sobre la unidad a su médico correspondiente, sin embargo cuando se llegó a los centros de salud se observó que los carteles no fueron colocados en la sala de espera, por lo cual ya no se pudo evaluar a los usuarios.

Con la información obtenida del cuestionario aplicado a los médicos, se creó una base de datos utilizando el programa de Excel 2014, con el objetivo de identificar el número de médicos que conocían la ubicación y los criterios de referencia de la unidad.

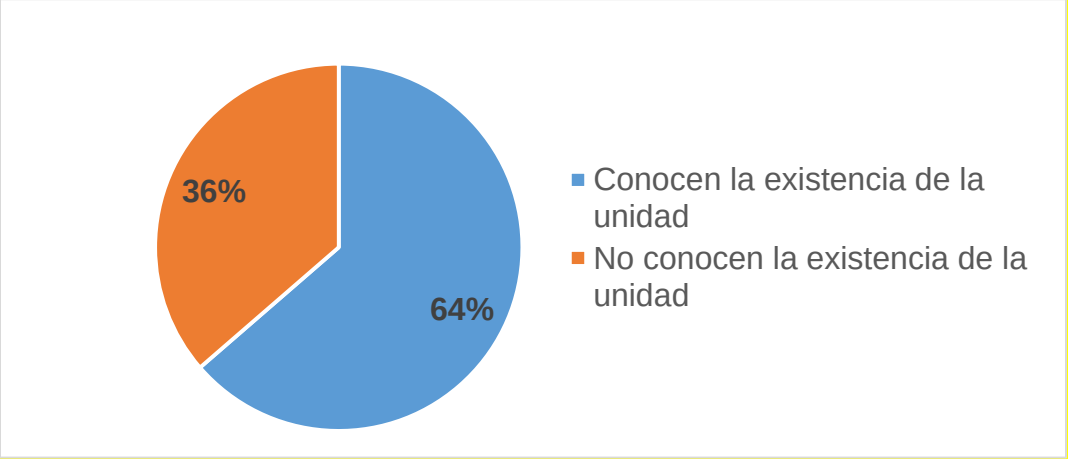
6. 2 Resultados de la encuesta a médicos antes y después de la intervención.

Existencia de la UNEME-EC Xalapa

El número de médicos de los tres centros de salud (Revolución, Arroyo Blanco y Emiliano Zapata) que atienden en el turno matutino y que podrían participar en encuesta es de 15 médicos, de los cuales sólo 11 aceptaron participar. Para el análisis de los datos se tomó solo en cuenta las respuestas de los 11 médicos que aceptaron participar.

De los 11 médicos encuestados, 7 refirieron conocer la existencia de la unidad. Sin embargo no tenían claro las funciones que realizaba o la ubicación. Esto representa un 64% de los médicos que si tienen conocimiento acerca de la existencia de la UNEME-EC Xalapa.

Figura 6. Conocimiento de los médicos sobre la existencia de la UNEME-EC Xalapa que participaron en la encuesta.



Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos de los centros de salud. Elaboración propia.

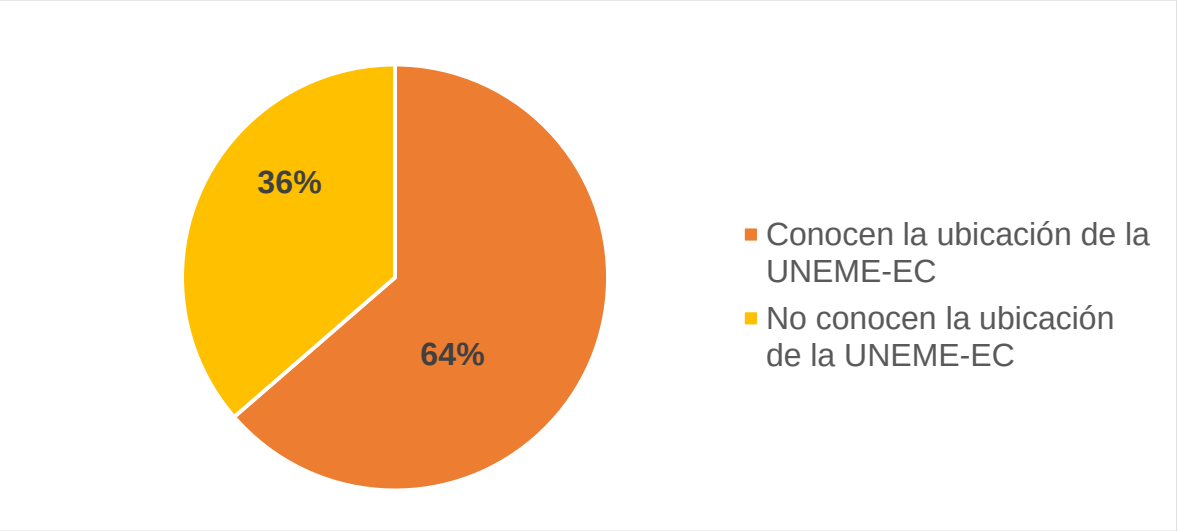
Después de la realización de la plática y la entrega del material informativo, se volvió a realizar una encuesta para saber el porcentaje de médicos que sabían que en Xalapa existía una UNEME-EC, para esto se encuestó a 15 médicos, de

los cuales todos ya conocían que existía una unidad en la ciudad, por lo cual el 100% de los médicos de los 3 centros de salud intervenidos tenían conocimiento de la existencia de la unidad.

Ubicación de la UNEME-EC Xalapa

Antes de la intervención, de los 7 médicos encuestados que si conocían la existencia de la unidad, sólo 4 conocían la ubicación de la unidad (Figura 7), para evaluar este criterio se preguntaba la dirección de la unidad o como se podía llegar, la mayoría no supo la dirección pues argumentaban que solo se les había dado un curso que hablaba de la UNEME-EC, por lo que les era difícil recordar la ubicación. Los resultados de este criterio se presentan a continuación.

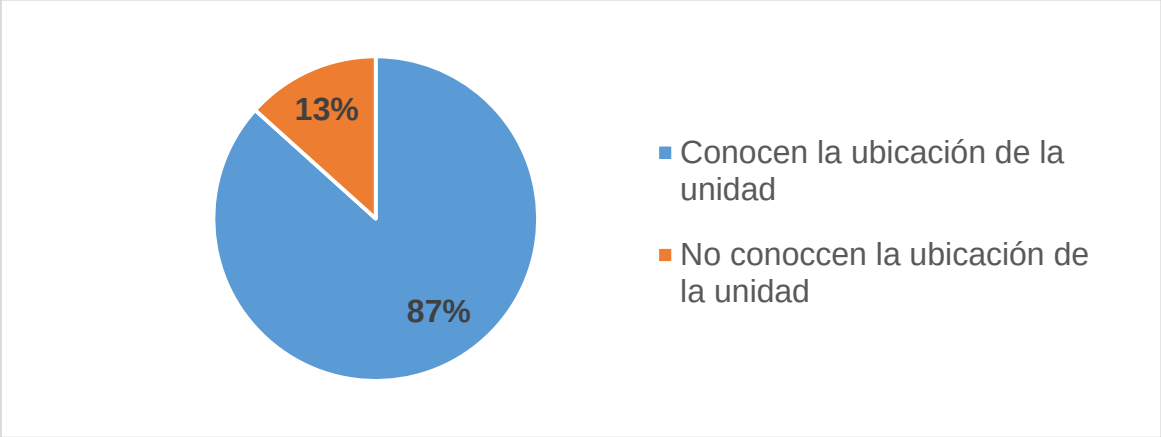
Figura 7. Conocimiento de la ubicación de la UNEME-EC Xalapa por parte del personal médico que refirió conocer la existencia de la unidad.



Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos de los centros de salud. Elaboración propia.

Después de la intervención, se encuestó a 15 médicos, de los cuales 13 refirieron conocer la ubicación de la unidad incluyendo la dirección y cómo se puede llegar, esto representa un 87% de los médicos que si tienen conocimiento acerca de la existencia de la UNEME-EC Xalapa, y significa que el conocimiento sobre la ubicación aumento considerablemente en un 23%.

Figura 8. Conocimiento de los médicos sobre la ubicación de la UNEME-EC Xalapa que participaron en la encuesta.

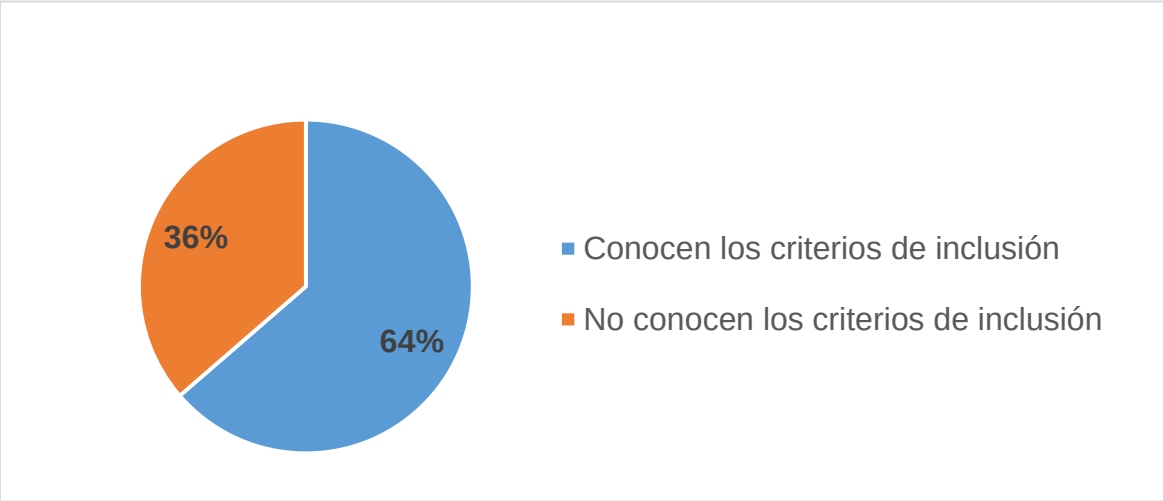


Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos de los centros de salud. Elaboración propia.

Criterios de inclusión para hacer referencias a la UNEME-EC Xalapa

Con respecto a los criterios de inclusión sucedió lo mismo que con los criterios anteriores, pues solo 7 médicos (64%) pudieron afirmar y decir los criterios de inclusión (perfil clínico) para referir a los pacientes a la UNEME-EC, sin embargo no mencionaron los requisitos administrativos. Estos son resultados antes de la intervención.

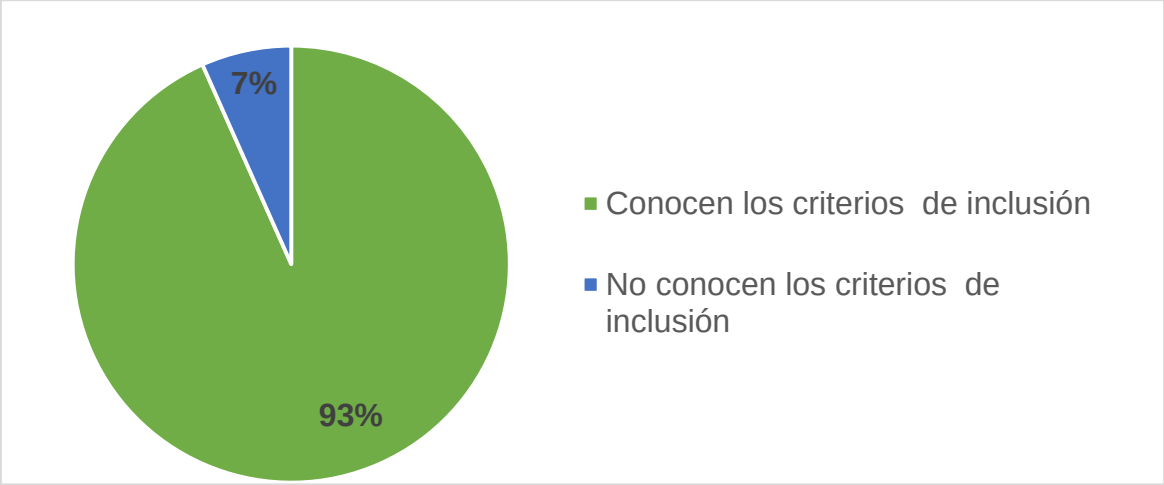
Figura 9. Conocimiento de los criterios de referencia de la UNEME-EC por parte de los médicos de los Centros de Salud seleccionados.



Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos de los centros de salud. Elaboración propia

Después de realizar la intervención, se volvió a evaluar el grado de conocimiento de los médicos con respecto a los criterios de inclusión, 14 de los médicos encuestados refirieron conocerlos y, esto se comprobó al solicitarle que dijeran al menos cuatro de los criterios que se requieren para referir a los pacientes a la UNEME-EC. Esto representa un 93% de los médicos encuestados, y un incremento del 29%

Figura 10. Conocimiento de los médicos que participaron en la encuesta sobre los criterios de referencia de la UNEME-EC Xalapa.



Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos de los centros de salud. Elaboración propia.

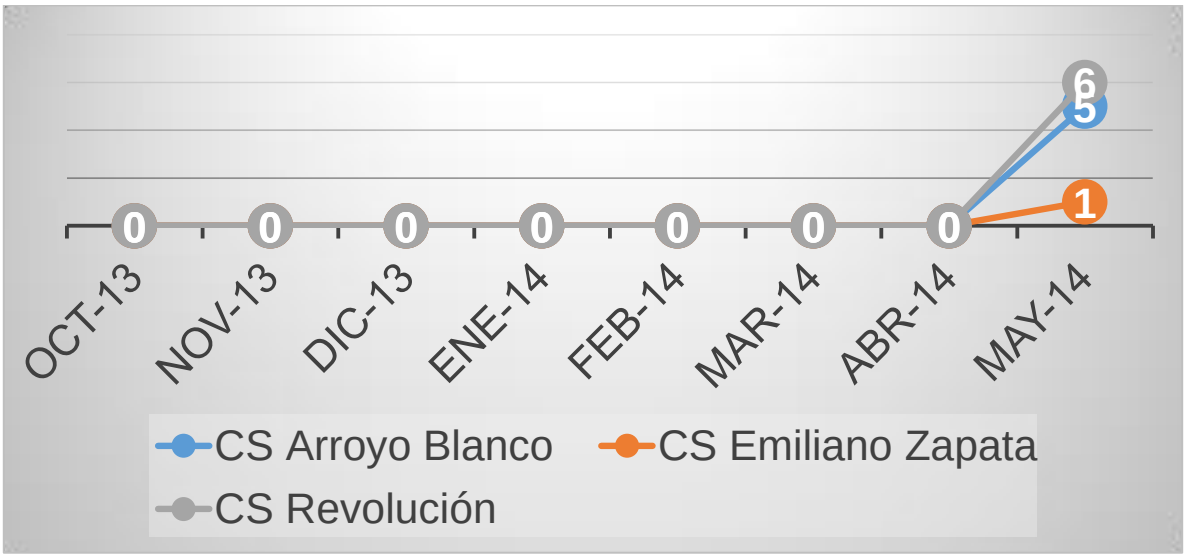
Finalmente respecto a las referencias de pacientes por parte de los centros de salud a la UNEME-EC se comprobó mediante la hoja de referencia un total de 12 nuevas referencias en las dos semanas posteriores a la realización de la plática y la entrega de material informativo, esto es muy importante ya que en semanas anteriores estos tres centros de salud no habían realizado ninguna referencia. De los tres centros de salud, el de Revolución fue el que más referencias hizo (6 referencias), seguido de CS Arroyo Blanco (5 referencias) y finalmente Emiliano Zapata (1 referencia).

Figura 11. Número de referencias realizadas por los médicos de los tres centros de salud participantes en el proyecto de intervención hacia la UNEME-EC Xalapa.

Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos de los centros de salud. Elaboración propia.

También se puede observar que hubo un aumento en las referencias en comparación con meses anteriores a la intervención. A continuación se muestra l distribución mensual de las referencias a la UNEME-EC Xalapa

Figura 12. Distribuciones mensuales de las referencias de los CSU seleccionados a la UNEME-EC Xalapa

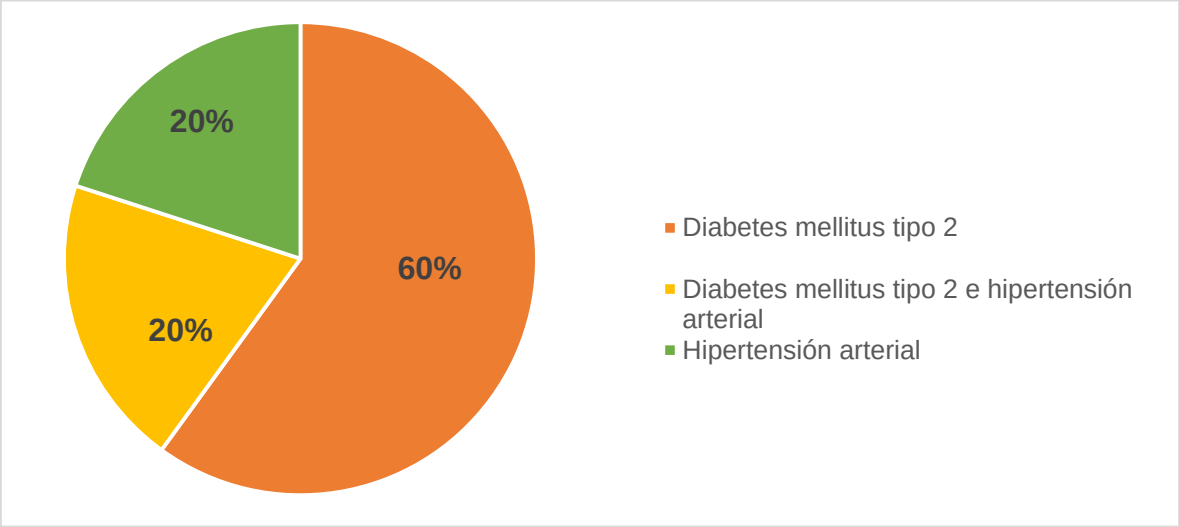


Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos de los centros de salud. Elaboración propia.

Usuarios de los centros de salud con ECNT

Se logró encuestar a 20 usuarios que tienen una ECNT, la enfermedad más frecuente fue Diabetes mellitus tipo 2, también hubo personas que además de padecer diabetes tenían hipertensión arterial, así como cuatro personas que solo padecían de hipertensión arterial. A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron.

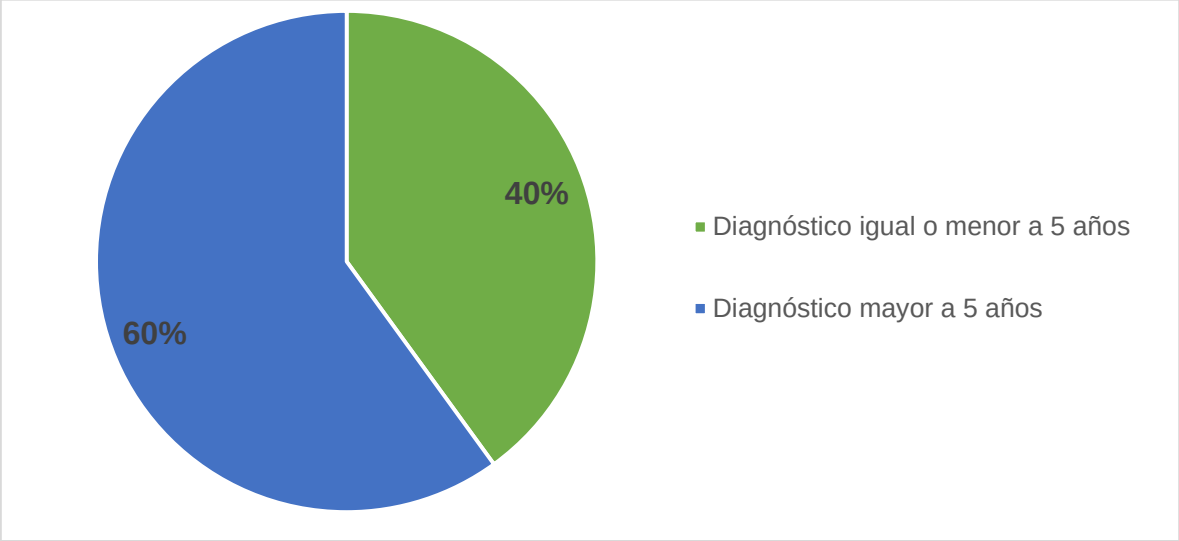
Figura 13. Tipo de enfermedad que presentan los usuarios que participaron en la encuesta.



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios de los centros de salud. Elaboración propia

De los 20 usuarios, 8 eran hombres y 12 eran mujeres; de ellos 19 personas eran mayores de 50 años y solo una persona refirió una edad de 41 años. Un criterio que los médicos de los centros de salud toman en cuenta para referir pacientes es el tiempo que se tiene de padecer alguna ECNT, el cual es de 5 años a partir del diagnóstico clínico, de acuerdo a este criterio solo 8 usuarios (40%) cumplían con este criterio.

Figura 14. Tiempo de diagnóstico clínico de una ECNT que refirieron los usuarios encuestados.

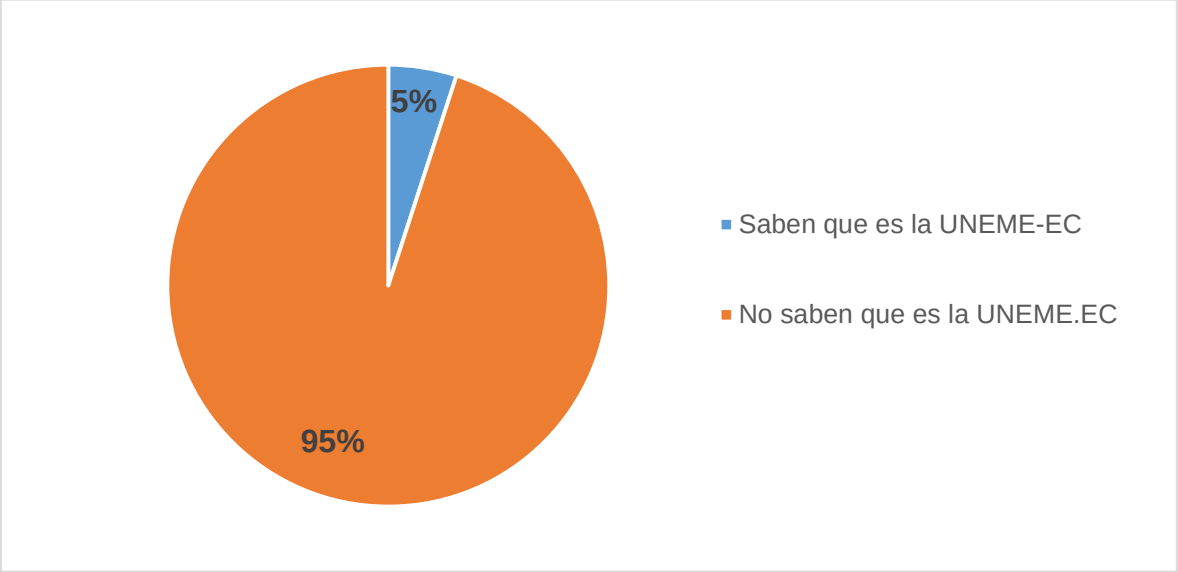


Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios de los centros de salud. Elaboración propia

El 100% de los encuestados, refiriere que acuden a su consulta de manera mensual y que el tratamiento farmacológico es el único que llevan para mantener el control de su enfermedad. Sin embargo la mayoría comento que su dieta alimenticia la siguen por cuenta propia pues no han recibido indicaciones de parte de su médico.

Otro punto que se abordó en el cuestionario que se aplicó fue el tema sobre conocimiento que tiene el usuario sobre la existencia de la UNEME-EC Xalapa y si el médico le ha informado acerca de las funciones y ubicación de la unidad, sin embargo 19 usuarios (92%) no tenía conocimiento acerca de la existencia de la unidad y de las funciones y servicios que brinda la unidad. La única persona que refirió tener conocimiento de la unidad dijo que su médico tratante fue quien le brindo esta información pero que no fue referida.

Figura 15. Porcentaje de usuarios que refirieron tener conocimiento sobre la UNEME-EC Xalapa



Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios de los centros de salud. Elaboración propia

Con estos datos obtenidos se puede ver claramente que a los usuarios a pesar de que algunos pudieran ser candidatos a ser referidos a la unidad no tienen conocimiento de que existe una unidad que les puede brindar una atención integral para evitar complicaciones de la enfermedad, por lo cual este punto se debe de tomar en cuenta pues resulta importante que los usuarios sepan sobre la UNEME-EC para que a su vez puedan preguntar a su médico si pueden ser requeridos y que esto logre un mejor control metabólico

Los anteriores son resultados obtenidos durante el diagnostico basal previo a la intervención, a pesar de que se elaboró un material informativo enfocado al usuario, estos no fueron colocados en la sala de espera por lo cual al realizar la evaluación final ya no se contó con datos para evaluar el impacto del material en los usuarios de los centros de salud que padecen ECNT, pues los usuarios desconocían el material informativo, afectando considerablemente el impacto que se quería alcanzar con ello.

6.3 Mecanismos de control

Uno de los mecanismos utilizados para controlar la intervención fue la realización de un cronograma de actividades que permitiera distribuirlas para llegar al objetivo propuesto. Dentro del cronograma se contemplaron dos semanas para realizar las pláticas informativas dirigidas a los médicos, de tal forma que en caso de ser necesario hacer una reorganización, se realizara.

Otro de los mecanismos de control consistió en estar en contacto constante con la asesora externa, la responsable del Programa del Adulto y Adulto Mayo a nivel estatal, lo que permitió coordinar las actividades a efectuar. Así como realizar los ajustes pertinentes en cuanto a gestión de permisos.

Durante la plática, la asistencia del Médico coordinador de la UNEME-EC para impartirla, funciono como un adecuado mecanismo de control, ya que le otorgo mayor respaldo a la información proporcionada debido a que dicha información proporcionada fue en un ambiente clínico con los médicos de los centros de salud, los cuales comprendieron fácilmente la explicación del médico acerca de los criterios de inclusión para acceder a la UNEME-EC. Otro de los mecanismos de control, fue que durante las pláticas informativas se llevara el control de asistencia por parte de los médicos de la unidad.

El énfasis y disposición mostrado por el medico coordinador de la UNEME-EC al impartir las pláticas informativa a los médicos de los centros de salud sobre el hecho de que la UNEME-EC sea una unidad de referencia que requiere que el paciente sea enviado con el formato correspondiente (Hoja de referencia), constituyo otro de los mecanismos de control. De esta forma se pudo comenzar a identificar a los pacientes enviados desde los centros de salud urbanos de Xalapa que fueron intervenidos (Centro de salud Col. Revolución, Centro de salud Arroyo Blanco y Centro de salud Emiliano Zapata).

En cuanto a la colocación de los carteles, un mecanismo de control utilizado para que se lograran instalar en los centros de salud (Centro de salud Col. Revolución, Centro de salud Arroyo Blanco y Centro de salud Emiliano Zapata), fue solicitar

ante la Jurisdicción sanitaria No. V el permiso para que la coordinadora del adulto y adulto mayor solicitara el instalar los carteles dirigidos a los usuarios. El día que se impartieron las pláticas se les entrego el cartel en gran formato a los directores de los centros de salud para que los colocaran donde ellos decidieron.

6.4 Ajustes realizados al proyecto

La programación que se propuso para impartir las pláticas informativas por parte del médico coordinador de la UNEME-EC y las alumnas de la Maestría en Salud Pública, fue prevista para proveerlas en el lapso de una semana, en horarios diferidos y así poder asistir a cada uno de los Centros de Salud Urbanos que se eligieron, sin embargo al confirmar la asistencia de los médicos con los directivos de cada uno de ellos y con el personal de apoyo de la Coordinación Estatal del Programa del Adulto y el Adulto Mayor en la Jurisdicción Sanitaria No. V, un día previo a las pláticas, se confirmó la asistencia a las mismas de únicamente dos centros de salud, por lo cual se postergo por una semana una de las pláticas en el Centro de Salud Revolución. Debido a esto se identificó la oposición entre actores clave para llevar a cabo las sesiones informativas en los Centros de Salud, resultando un obstáculo en la construcción de la viabilidad, y se pudo denotar la falta de comunicación que existió entre ellos, así como las disputas interpersonales entre los actores sociales mencionados anteriormente.

Al reprogramar la plática para el Centro de Salud Revolución, como medida de prevención, se optó por confirmar la convocatoria a esta sesión con el personal de apoyo de la Coordinación Estatal del Programa del Adulto y el Adulto Mayor en la Jurisdicción Sanitaria No. V, con la directora del Centro de salud Revolución y con el Coordinador Médico de la UNEME-EC, dando como resultado una plática exitosa con amplia asistencia de médicos a esta sesión, ya que la colaboración de la directora de este plantel para la impartición de la plática fue muy propositiva, en cuanto espacio, tiempo y convocatoria del personal médico.

Por otra parte en relación con el material informativo impartido en los Centros de Salud el cual consistió en caballetes en acrílico con información dirigida a los

médicos y los carteles en gran formato con información dirigida a los usuarios, se identificó que posterior a las pláticas impartidas, al hacer referencia los médicos de los centros de salud a la UNEME-EC, se les complicaba por cuestiones de tiempo realizar el croquis de la UNEME-EC durante la consulta a cada paciente para explicarles la ubicación, por lo cual se optó por hacer material informativo con un croquis que tuviera la ubicación de la UNEME-EC dirigido a los pacientes a referir.

6.5 Metas y objetivos alcanzados

Respecto a las metas de proceso planteadas en el diseño del proyecto de intervención, se logró que el 93.3% de los médicos de los Centros de Salud seleccionados acudieran a la plática informativa, esto debido a que en el Centro de Salud “Col. Emiliano Zapata” y el Centro Salud “Col. Arroyo Blanco” dos médicos se encargaron de cubrir las consultas para que los demás pudieran asistir a la reunión informativa. Sin embargo, el material para el escritorio cubrió al 100% de los consultorios de los médicos.

Respecto a la meta de lograr que el 100% de los Centros de Salud seleccionados para la intervención contaran con un cartel informativo en gran formato dirigido a los usuarios con ECNT, se logró únicamente en un 33.3%, ya que en el CS “Col. Emiliano Zapata” y el Centro Salud “Col. Arroyo Blanco” no fue colocado el material en la sala de espera, tal como se indicó el día de la plática informativa. Al solicitar información debido al por qué no fue colocado, se comunicó por parte del personal de los CS que las directoras de dichos Centros no se encontraban, y no se pudo indagar el motivo.

Respecto a las metas de resultado, posterior a la evaluación final, pudo conocerse que se logró satisfactoriamente, pues el 93% de los médicos de los centros de salud seleccionados que acudieron a la plática informativa conocían la existencia de la UNEME-EC, en cuanto a su ubicación geográfica, servicios que se ofrecen y criterios de referencia.

Respecto a la meta de incrementar el número de pacientes de primera vez que asistan a recibir atención integral a la UNEME-EC, posterior a la plática informativa, con base en los registros de los Centros de Salud, se realizaron 12 nuevas referencias a la Unidad, en un período de dos semanas.

A través de la intervención fue posible cumplir con los objetivos específicos propuestos, ya que se logró informar a los médicos y directores de los centros de salud seleccionados sobre la existencia, el funcionamiento, la ubicación geográfica y los criterios de referencia de la UNEME-EC mediante la impartición de la plática informativa y la colocación de los caballetes de acrílico en los escritorios de los médicos. El objetivo de dar a conocer la Unidad a los usuarios no pudo cumplirse en todos los Centros de Salud, debido a que el material informativo en formato de cartel para la sala de espera no fue colocado.

Sin embargo, podemos decir que el objetivo general se cumplió en la medida en que los médicos de los CS seleccionados fueron informados de la existencia, ubicación y funciones de la Unidad, lo que promoverá el aumento en las referencias a ésta, y por tanto la afluencia de usuarios.

A continuación se presenta una tabla resumen de las metas alcanzadas mediante el proyecto de intervención

Tabla 6. Comparación de las metas de proceso planteadas y alcanzadas del proyecto de intervención

Meta de proceso planteada	Meta de proceso alcanzada
Lograr que el 100% de los médicos de los centros de salud seleccionados para la intervención acudan a la plática informativa que se impartirá.	El 93.3% de médicos seleccionados acudieron a la plática
Lograr que el 100% de los consultorios de los médicos de los centros de salud seleccionados para la intervención cuenten con el material informativo.	El 100% de médicos seleccionados cuenta con el material informativo

Lograr que el 100% de los centros de salud seleccionados para la intervención cuenten con un cartel informativo que será presentado en gran formato, dirigido a los usuarios de los centros de salud.	El 33.3% de centros de salud seleccionados cuentan con un cartel informativo

Tabla 7. Comparación de las metas de resultado planteadas y alcanzadas del proyecto de intervención

Meta de resultado planteada	Meta de resultado alcanzada
Lograr que el 100% de los médicos de los centros de salud seleccionados que acudan a la plática informativa conozcan la existencia de la UNEME-EC, Ubicación geográfica, servicios que se ofrecen y criterios de referencia.	El 93% de los médicos que acudieron a la plática informativa conocen la existencia de la UNEME-EC, ubicación, y criterios de referencia.
Incrementar el número referencias hacia a la UNEME-EC, posterior a la plática informativa.	Incrementar el número referencias hacia la UNEME-EC, posterior a la plática informativa: 12 nuevas referencias

6.6 Eficiencia en el uso de los recursos, pertinencia y sustentabilidad del proyecto

Para el desarrollo del proyecto de intervención en la UNEME-EC, se buscó utilizar los recursos económicos, materiales y humanos de forma eficiente. Para la elaboración del material gráfico destinado a los usuarios se requirió la colaboración del encargado del Laboratorio de Medios del Instituto de Salud Pública, y para su impresión en lona de gran formato se recurrió a una agencia de diseño privada, ya que en el Laboratorio se había agotado dicho material de impresión.

La elaboración del material gráfico para el caballete de acrílico estuvo a cargo del equipo de intervención, se recurrió igualmente para su impresión de una agencia de diseño privada. Los caballetes de acrílico se adquirieron en una agencia de material publicitario en la Ciudad de México, en los cuales fue colocado el material impreso para los médicos.

Parte del equipo didáctico utilizado en las pláticas realizadas en los centros de salud fue proporcionado por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, esto facilitó las actividades antes mencionadas.

Para que este proyecto sea sustentable y continúe cumpliendo el objetivo de aumentar la afluencia de usuarios a la UNEME-EC, es importante que el personal de la Unidad continúe con las estrategias de difusión de la misma en los centros de salud no intervenidos. Además, se debe mantener vinculación entre la unidad y todos los centros de salud urbanos de Xalapa, de tal manera que los médicos adviertan que el UNEME-EC constituye una herramienta de apoyo importante en el control adecuado de sus pacientes. Además es importante que los directores de los Centros de Salud se comprometan a colocar y mantener el material informativo para continuar informando a los usuarios y los médicos.

VII. Conclusiones

El proyecto de intervención tuvo como objetivo incrementar la afluencia de pacientes a la UNEM-EC Xalapa mediante la difusión de material informativo acerca de la Unidad, a través de la realización de pláticas informativas a los médicos de los Centros de Salud seleccionados, donde se entregó un caballete de acrílico que contenía información sobre criterios de referencia y ubicación de la Unidad; así como carteles dirigidos a los usuarios con ECNT de los Centros de Salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos concluir que la información brindada fue de interés para los médicos que asistieron a la plática ya que se mostraron atentos y participativos, y con base en los resultados obtenidos en la evaluación final, pudimos notar el incremento hasta en un 93.3% en el conocimiento de la ubicación de la Unidad y los criterios de referencia por parte de los médicos, por lo cual podemos decir que los objetivos previamente establecidos se alcanzaron en la mejor medida.

Sin embargo, y a pesar del éxito obtenido, no se pudo conocer el impacto que tuvo el cartel en los usuarios de los Centros de Salud, debido a que por motivos ajenos al equipo de intervención, no fue colocado el material destinado a ellos en dos de los tres centros de salud seleccionados; a pesar de ello se llegó al acuerdo de que este material tendría que ser colocado a la brevedad.

Tampoco fue posible medir el impacto en la afluencia de usuarios a la UNEME-EC debido al corto tiempo destinado para la fase de ejecución del proyecto de intervención, sin embargo sí se reportaron algunas referencias de estos tres Centros de Salud que antes no lo hacían, de acuerdo a los registros de la Unidad.

A pesar de la difusión brindada en este proyecto, se llevan a cabo recomendaciones adicionales en la siguiente sección, ya que la problemática de la escasa afluencia de pacientes a la UNEME-EC tiene múltiples causas por lo que se requiere mantener un vínculo y buena comunicación organizacional y social

entre los diversos actores de las dependencias, para continuar con el objetivo del proyecto a largo plazo y que logre tener un impacto en la salud de la población.

VII. Recomendaciones

Como recomendaciones para la Unidad es continuar con la promoción en los Centros de Salud a través del colocar y conservar el material informativo brindado. Además ampliar la cobertura al resto de los Centros de Salud de la ciudad de Xalapa, y que el proyecto sea respaldado por la Coordinación del Adulto y el Adulto Mayor, para darle al proyecto seguimiento, además de que se deben realizar las gestiones necesarias para que las pláticas informativas se vuelvan obligatorias y periódicas para los médicos de los centros de salud que hacen referencias.

Así mismo, con base en lo referido por los médicos de los Centros de Salud, sería importante llevar a cabo una visita guiada por parte del personal de la UNEME-EC, de manera que ellos puedan aprender cómo llegar a la Unidad y de esta manera sea más fácil explicárselo a los pacientes.

Dentro de otras recomendaciones propuestas por el equipo de intervención se encuentran:

- Ampliar el horario de atención de la UNEME-EC al turno vespertino.
- Colocar letreros viales en las calles y avenidas aledañas. Así como material publicitario en los autobuses que pasan cerca de la zona donde se encuentra.
- Confirmación de citas por teléfono para que se garantice que la referencia de los usuarios se convierta en asistencia.

Como propuesta última sería el considerar el cambio de ubicación de la UNEME-EC, de manera que en realidad cumpla con la norma establecida de que se halle a no más de 500 metros de un centro de atención de segundo nivel, para lo cual se requiere la intervención de los tomadores de decisión, por parte de los Servicios de Salud de Veracruz.

X. Anexos

Anexo 1. Marco Jurídico

El marco jurídico de la UNEME-EC se rige por:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 4°. Párrafo 4.

Leyes

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley Federal de Entidades Paraestatales.
- Ley General de Salud.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado “B” del Artículo 123 Constitucional.
- Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.
- Ley Federal del Trabajo.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Ley Federal del Derecho de Autor.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley para las Personas con Discapacidad en el Distrito Federal.
- Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres.

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Reglamentos de Insumos para la Salud.
- Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Reglamento sobre Consumo de Tabaco.
- Reglamento Interno del Consejo Nacional para la Prevención y Control de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- Reglamento General de Seguridad Radiológica.
- Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
- Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.
- Reformas al Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Planes y Programas

- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo.

Decretos

- Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (donde cambia de Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud).

- Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal.
- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes con el objeto de proponer las acciones en materia d prevención y control de accidentes a que se refiere el artículo 163 de la Ley General de Salud.
- Decreto por el que se reforma y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en relación a la Publicidad del Tabaco.
- Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.
- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Visuales.
- Decreto por el que se crea el Órgano Desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética.
- Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Decreto por el que se establece el reconocimiento al mérito en enfermería Graciela Arroyo de Cordero, el cual tiene por objeto reconocer y honrar a los profesionales destacados en materia de enfermería.
- Decreto que establece las medidas de austeridad y disciplina del gasto de la Administración Pública Federal.

<u>Acuerdos del Ejecutivo</u>

- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.
- Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud.
- Acuerdo mediante el cual se da a conocer el tabulador de cuotas de recuperación por servicios médicos.

- Acuerdo por el que se establece el reconocimiento al mérito médico.
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad y Organismos Genéticamente Modificados con el objeto de coordinar las políticas de la Administración Pública Federal relativas a la bioseguridad y a la producción, importación, exportación, movilización, propagación, liberación, consumo y, en general, uso y aprovechamiento de Organismos Genéticamente modificados, sus productos y subproductos.
- Acuerdo que establece los lineamientos generales para la continuación del Programa de Ahorro de Energía en Inmuebles de la Administración Pública Federal.
- Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de atención médica y, para el Segundo y Tercer nivel, el catálogo de insumos.
- Acuerdo de coordinación que celebran la Secretaría de Salud con la participación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y el Gobierno del Distrito Federal, para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios, así como de Sanidad Internacional.

<u>Acuerdos secretariales</u>

- Acuerdo número 9. Por el que se crean los comités internos para el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud de Medicamentos, Equipo e Instrumental Médico, Material de Curación y Material de Información Científica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Acuerdo número 43 Por el que se crea el Comité de Investigación en Salud.
- Acuerdo número 55. Por el que se integran patronatos en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los institutos nacionales de salud.

- Acuerdo número 71. Por el que se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud.
- Acuerdo número 88. Por el que se restringen áreas para consumo de tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los institutos nacionales de salud.
- Acuerdo número 120. Por el que se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.
- Acuerdo número 132. Por el que se crea el Comité Nacional de Salud Bucal.
- Acuerdo por el que se delegan en el titular de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y en su Director General de Administración, las funciones y facultades que se indican.
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación Salud para todos (Seguro Popular de Salud).
- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.
- Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

<u>Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS).</u>

- Apartado "Servicios de Salud a la Persona".

El diseño y la implantación del MIDAS parten de la necesidad de integrar la prestación de servicios de salud.

- Apartado "Hospitales Generales, UNEMES, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, e Institutos Nacionales de Salud".

Las UNEMES son unidades de atención ambulatoria que aprovechan avances recientes en la tecnología que permiten ofrecer servicios de especialidad y alta especialidad en ambientes no hospitalarios. Cada UNEME puede estar constituida de manera flexible y en función de las necesidades epidemiológicas y de demanda a las que debe responder, por diferentes tipos de servicios, desde uno hasta varios bajo el mismo techo, como: diagnóstico, cirugía ambulatoria, hemodiálisis, oncología, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, salud mental y rehabilitación.

- Apartado “Elementos Reguladores” □ Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS).

El PMIFS, para garantizar el acceso a una atención a la salud de alta calidad, integrada y segura, se requiere de un número suficiente y distribución adecuada de unidades de salud. Este PMIFS, consistente con el MIDAS está articulado con un sistema flexible de redes de servicios complementarios, para hacer más eficiente e incrementar la capacidad de respuesta de servicios estatales de salud. Estas redes están compuestas por:

I. Hospitales regionales de alta especialidad

II. Hospitales generales y comunitarios

III. Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)[22].

Anexo 2

Coordinador Médico.

- Coordina las acciones del personal.
- En coordinación con el administrador, asegura el funcionamiento de la UNEME-EC.
- Detección de áreas de oportunidad
- Es el enlace con el nivel estatal y federal. (Reporta productividad al SIS).
- Evalúa las acciones de la UNEME EC. Convoca a reuniones quincenales a su equipo interdisciplinario.
- Coordina e imparte las capacitaciones de educación de UNEME EC dirigidos a médicos del primer nivel de atención sobre temas relacionados a ECNT.
- Mantiene actualizado a su equipo interdisciplinario mediante sesiones mensuales.
- Brinda atención médica.
- Acciones de educación para la salud.
- Llenado correcto del expediente electrónico.
- Realiza diagnóstico integrado a la segunda consulta y nota de evolución integrada cada 6 meses (que incluya el análisis por las diferentes aéreas: Enfermería, T. Social, Psicología y Nutrición).
- Evalúa la actividad física.
- Prescribe la actividad física.
- Asigna el alta del paciente, así como las referencias y contrarreferencias.

Enfermera en Salud Pública o Licenciado en Enfermería.

- Analiza, reflexiona, y toma decisiones asertivas respecto a intervenciones.

- Construye indicadores de calidad para evaluar la atención brindada en las UNEMES EC.
- Elabora protocolos de investigación que contribuya al desarrollo de las UNEMES EC.
- Programa e imparte talleres individuales o grupales a los pacientes de la UNEMES-EC (Realiza programación anual, carta descriptiva y listas de asistencia).
- Brinda sesiones a Grupos Preventivos de UNEMES EC.
- Se coordina con trabajo social y nutriólogo de campo para intervenciones en comunidad.
- Elabora programa de visitas de orientación educativa en las escuelas.
- Diseña encuestas de campo y cuestionarios del área clínica.
- Trabajo de campo: detecta casos nuevos en los módulos de atención comunitaria a pacientes con enfermedades crónicas para enviarlos al primer nivel de atención.
- Procesamiento y evaluación de información de expediente clínico.
- Vigila procesos e indicadores en UNEME EC.
- Apoya en la atención de enfermería.

<u>Licenciados en Enfermería (Enfermero(a) del área clínica).</u>

- Verifica cita y realiza procedimientos de preconsulta:
    - Toma de signos vitales.
    - Somatometría.
    - Valoración de la piel.
    - Valoración podológica (reporta resultados de los instrumentos: monofilamento de nylon, diapasón, martillo de reflejos).
    - Diagnóstico y plan de cuidados sobre la valoración podológica.
    - Toma de muestras clínicas.
    - Procesa muestras clínicas.

- Actividades de consulta:

- Revisión de pies sin el uso de instrumentos.
- Toma de signos vitales y somatometría.
- Aplicación del Proceso Enfermero.
- Historia Clínica: Evaluación de Enfermería.
- Genera Diagnósticos Enfermeros.
- Emite recomendaciones y el plan de cuidados individualizado.
- Evaluación del Proceso Enfermero.

- Registra los resultados en el expediente electrónico.
- Realiza el alta del paciente del servicio de enfermería.
- Control de la red de frío de los reactivos y verificación de esfigmomanómetros cada 3 meses.

<u>Psicólogos</u>

- Evaluación psicológica del paciente.
- Evaluación del entorno familiar.
- Coordina e imparte lo talleres de psicología (Realizar programación anual y carta descriptiva).
- Realiza el alta del paciente del servicio de psicología.
- Brinda sesiones a Grupos Preventivos de UNEMES EC.

<u>Nutriólogos</u>

- Aplica tres test de adherencia terapéutica.
- Evaluación nutricional.
- Emite recomendaciones y el plan de alimentación individualizado.
- Coordina e imparte las pláticas informativas y los talleres de cocina.
- Labores de campo en coordinación con enfermería y trabajo social.
- Realiza el alta del paciente del servicio de nutrición.
- Brinda sesiones a Grupos Preventivos de UNEMES EC.

Trabajo Social

- En coordinación con el equipo interdisciplinario realiza el diagnostico comunitario.
- Evaluación del nivel socioeconómico.
- Aplicación de 2 test de adherencia terapéutica.
- Aplicación de la carta compromiso.
- Trabajo de campo (2 llamadas telefónicas previas a la visita domiciliaria a pacientes irregulares).
- Elabora el Padrón de pacientes afiliados al Seguro Popular que acuden a UNEME EC.
- Coordinación de las labores de campo (Escuelas, áreas laborales y módulos de atención).
- Coordina las pausas para la salud de la UNEME-EC (Programación anual).
- Gestiona la inclusión de la UNEME-EC al COCASEP de Jurisdicción Sanitaria.
- Gestiona la participación del aval ciudadano en la UNEME-EC.
- Coordina los Grupos Preventivos de UNEMES-EC.
- Seguimiento a las referencias y contrarreferencias que se realicen en la UNEME-EC.
- Genera el directorio de redes (clínicas de primer nivel y hospitales de 2do y 3er nivel de atención).

Administrativo

- En coordinación con el coordinador médico asegura el funcionamiento correcto de la UNEME-EC.
- Administración de UNEME-EC.
- Asegurar que los insumos sean adecuados, oportunos y suficientes.
- Asegura el funcionamiento correcto de los equipos.

Informática

- Responsable de que el sistema de información funcione adecuadamente (expediente electrónico, red interna, red externa, etc.).

Recepcionista

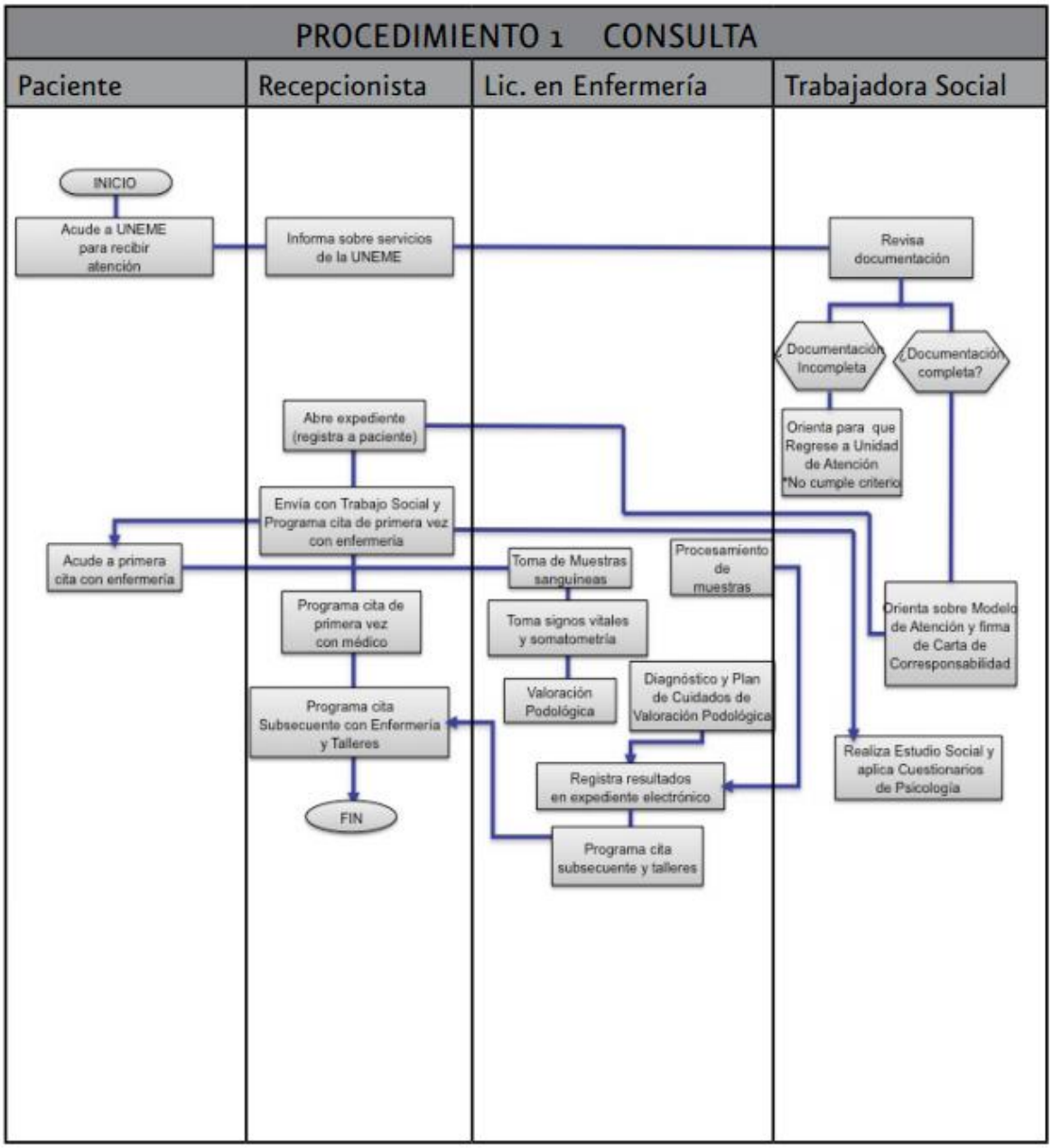
- Recibe y orienta a los usuarios sobre cualquier duda.
- Verifica vigencia del Seguro Popular
- Revisa carnet de citas y deriva al servicio correspondiente.
- Agenda y reprograma citas.
- Registro de la entrega de carnet de citas y folletos promocionales de enfermedades crónicas.
- Maneja la calendarización de las sesiones y talleres para informar a los pacientes.
- Verifica que el equipo electrónico de la sala de usos múltiples esté disponible y funcional.
- Archiva la documentación oficial de las áreas y elabora documentos requeridos.
- Realiza el sistema de registro de citas (preconsulta con Trabajo Social y Enfermería, consulta de primera vez con Enfermería, Medicina, Psicología y Nutrición, así como las citas subsecuentes).
- Atención en farmacia.

Mantenimiento

- Limpieza de UNEME EC.
- Arreglo o soporte de fallas en las diferentes áreas.
- Contribuye a la conservación de la UNEME EC.
- Bitácora de mantenimiento y limpieza firmada por el coordinador

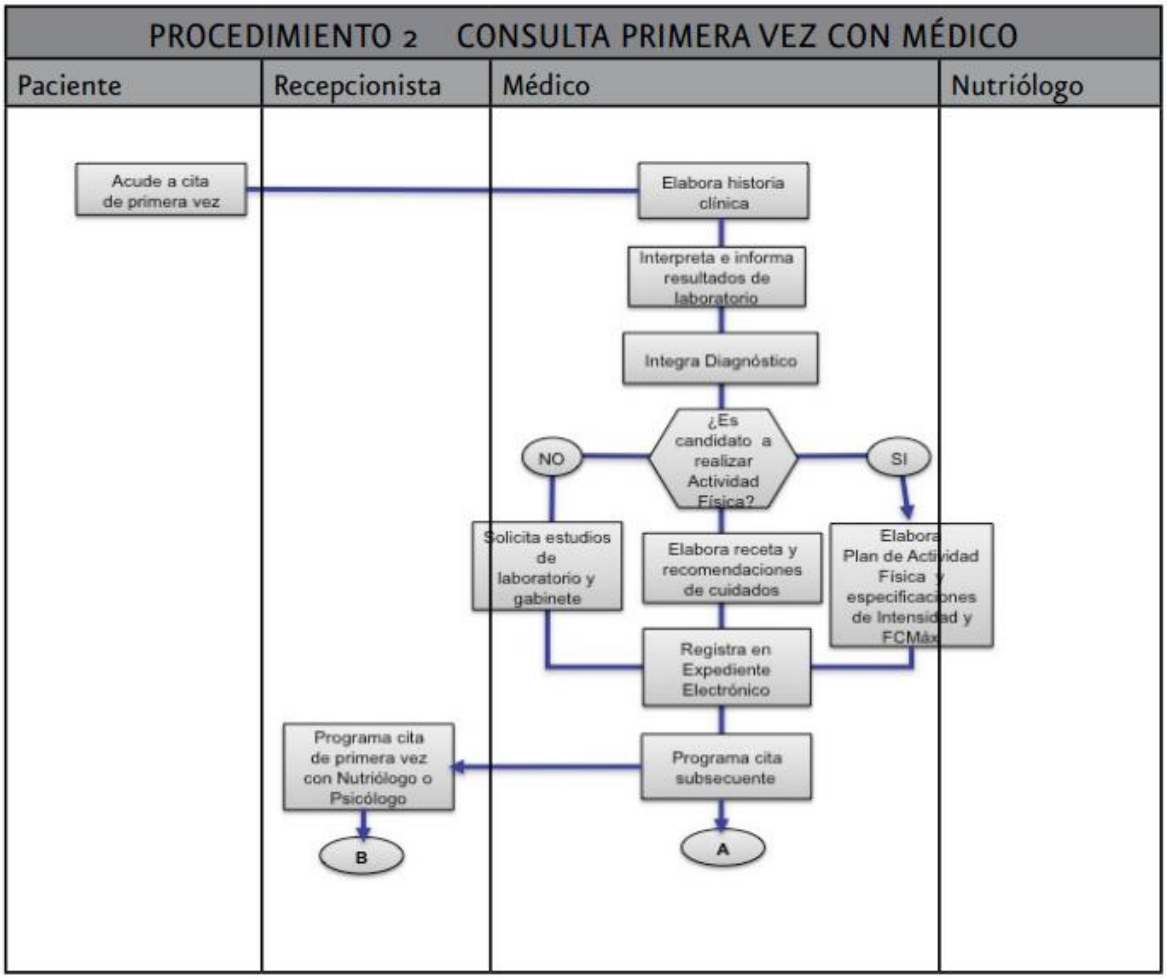
Anexo 3

Procedimiento de consulta.

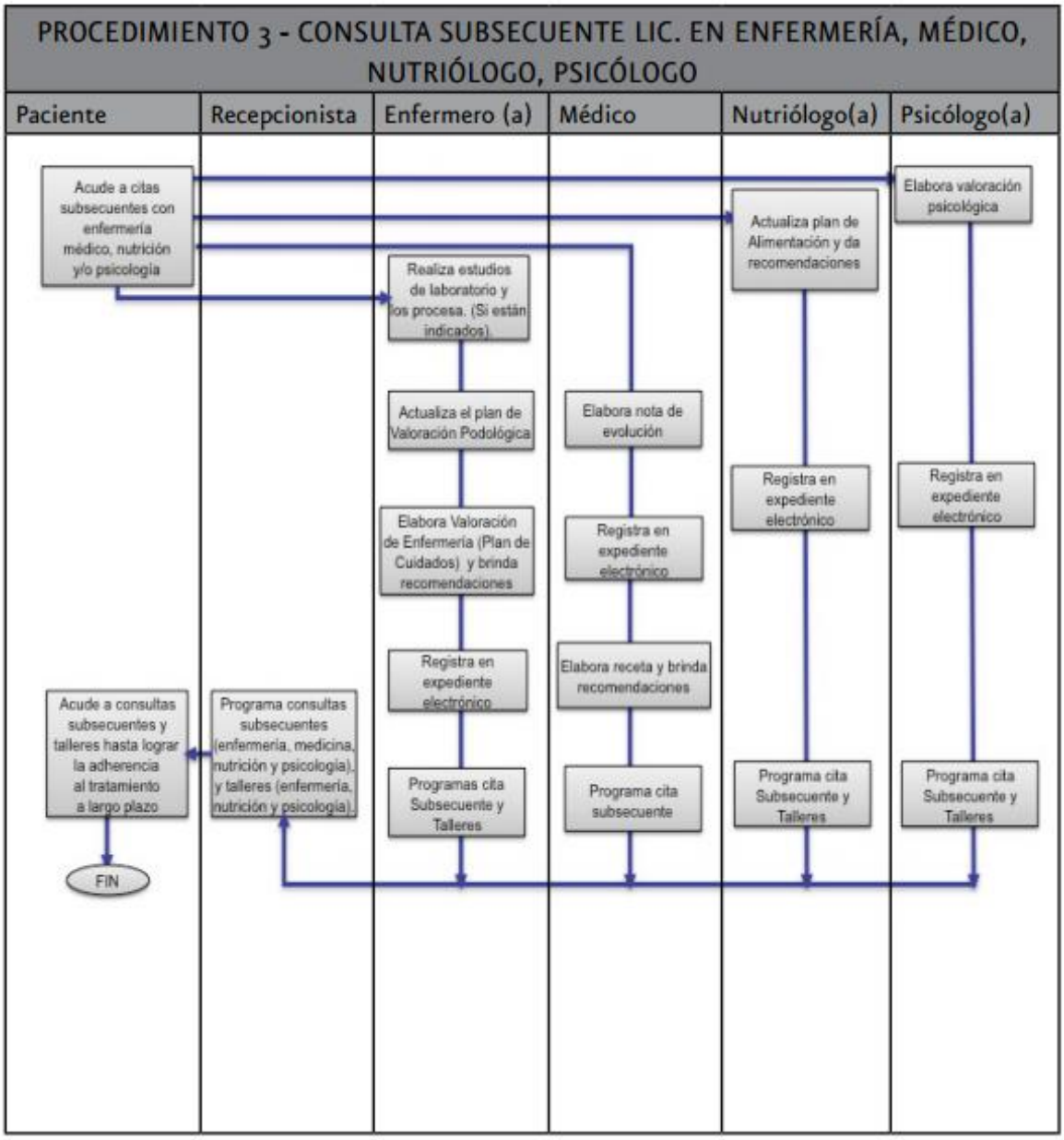


Fuente: Secretaría de Salud. Manual de procedimientos para la atención de pacientes en UNEME Enfermedades Crónicas. CENAPRECE, México 2011.

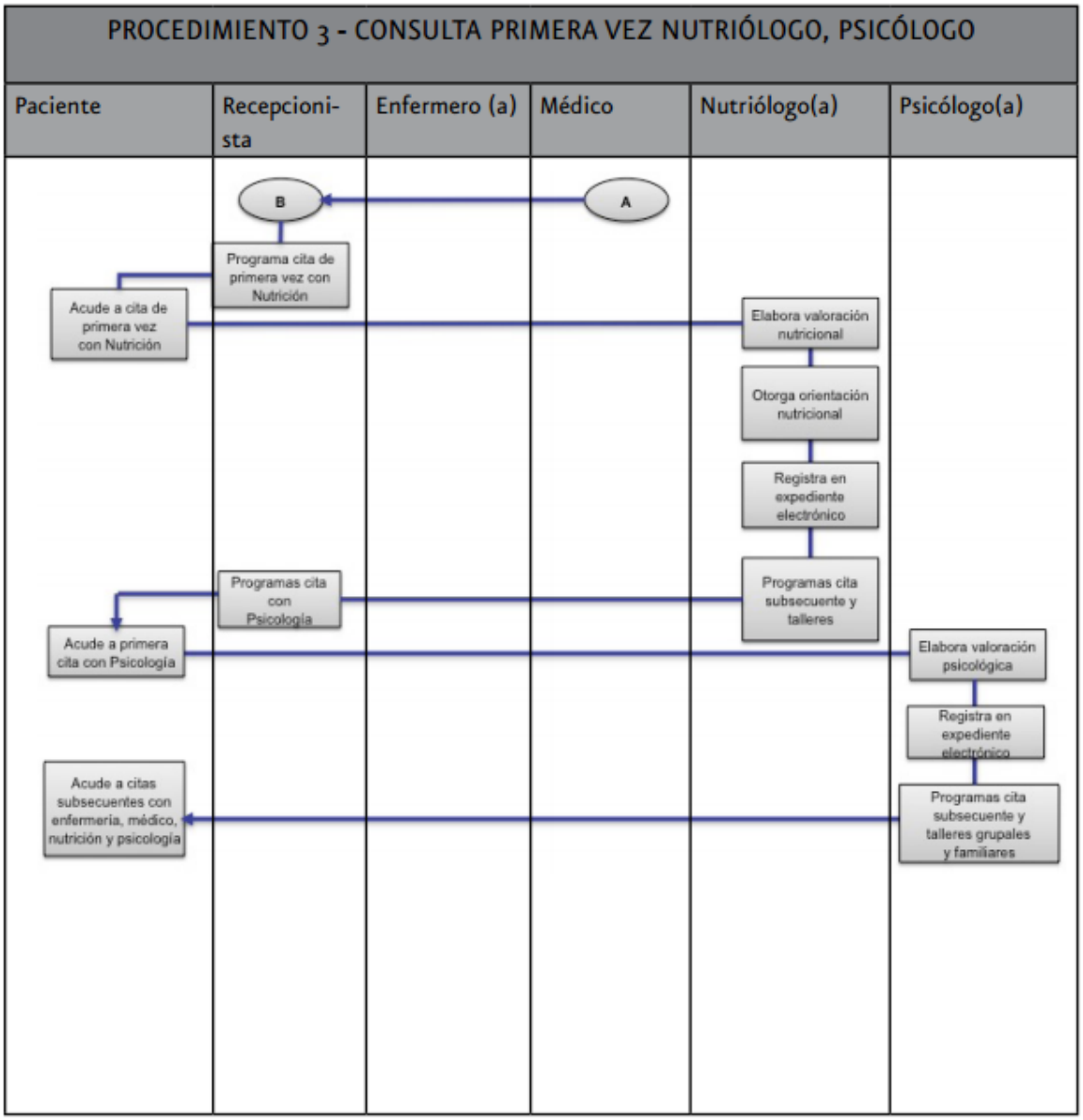
Anexo 3. Procedimiento de consulta de primera vez con médico



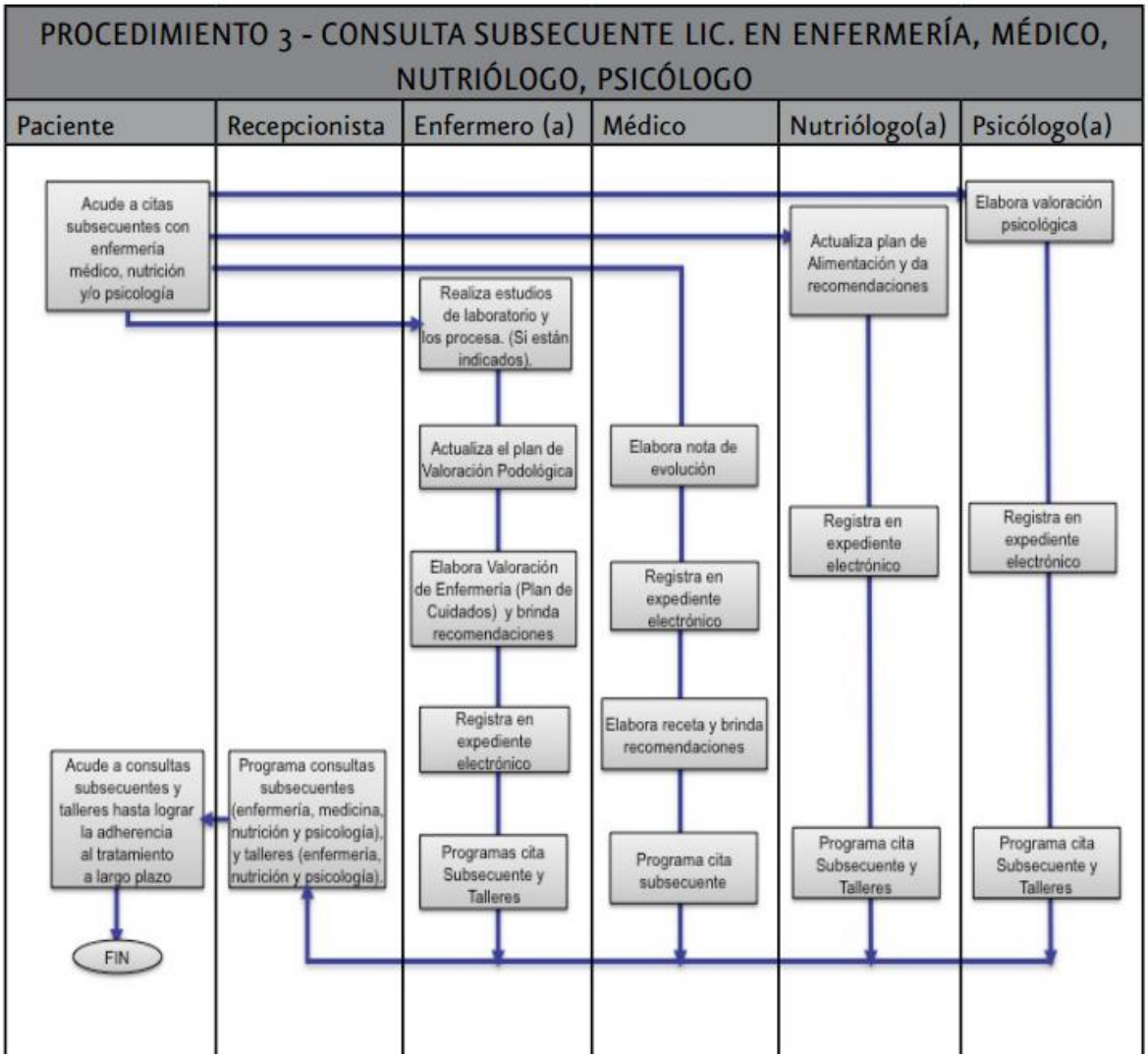
Anexo 4. Procedimiento de consulta subsecuente en áreas de enfermería, medicina, nutrición y psicología.



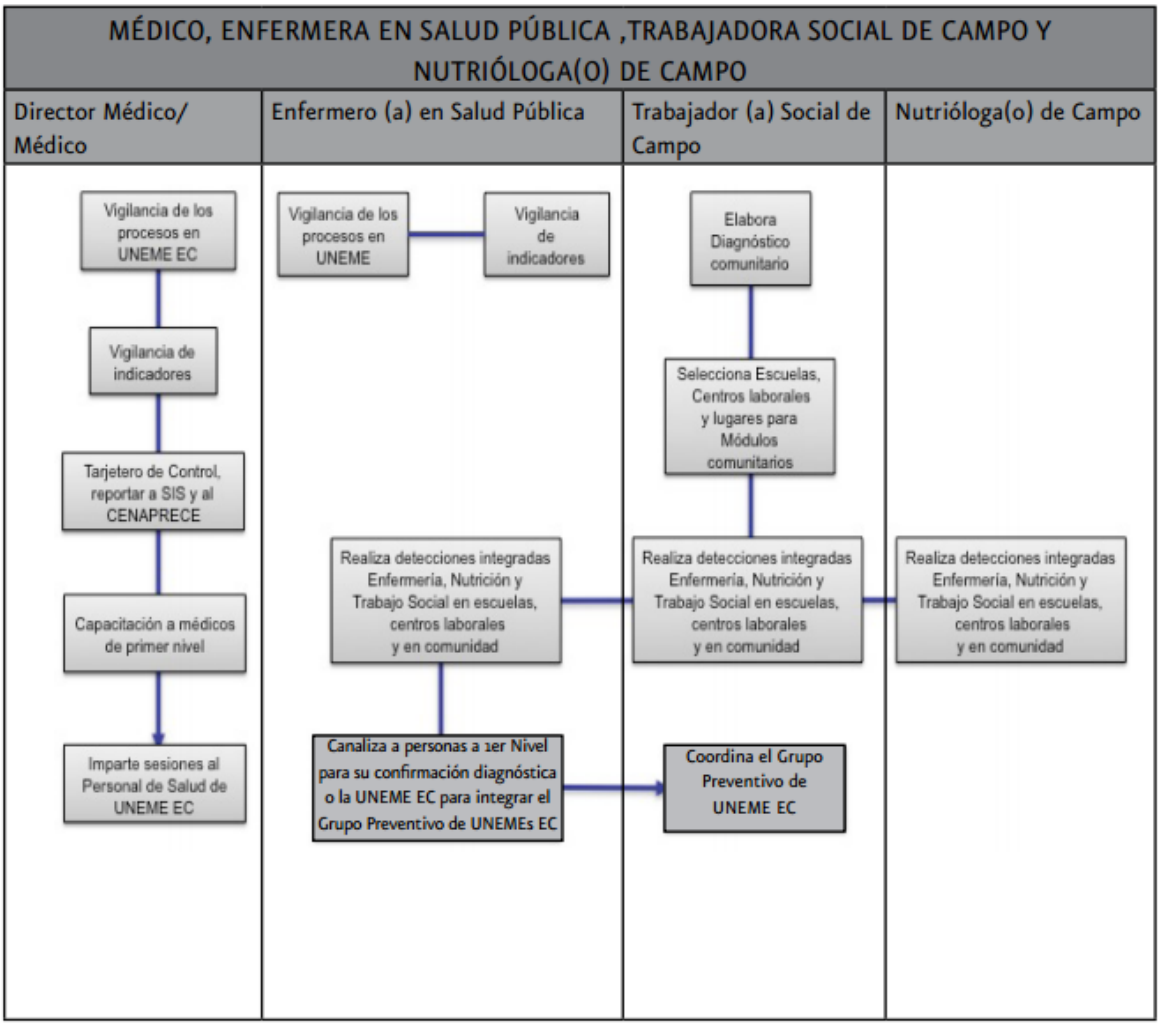
Anexo 5. Procedimiento de consulta de primera vez en el área de nutrición y psicología.



Anexo 6. Procedimiento de consulta subsecuente en las áreas de enfermería, medicina, nutrición y psicología.



Anexo 7. Actividades de campo en las diferentes áreas de atención.



Anexo 8. Cuestionario para medición basal. Médicos.

Cuestionario para médicos.

1. ¿Conoce la ubicación de la UNEME-EC en la ciudad de Xalapa?

2. ¿Sabe cuáles son los criterios de inclusión que maneja la UNEME-EC?

3. ¿Cuántos de los pacientes que usted atiende con ECNT son referidos a la UNEME-EC?

4. ¿Cuál cree usted que sea la razón por la que los pacientes referidos no asisten a la UNEME-EC?

Anexo 9. Cuestionario para medición basal. Usuarios.

Cuestionario para usuarios

1. ¿Tiene usted alguna ECNT?

   a) Diabetes b) Hipertensión c) Diabetes d) Otra: _____

2. ¿Cuánto tiempo tiene que se le diagnosticó el padecimiento?

3. ¿Acude a consulta regular para tratar su padecimiento en este centro de salud?
   a) Sí b) No

4. ¿Qué tratamiento lleva para su padecimiento?

   a) Dieta b) Ejercicio c) Medicamento d) Otro: _____

5. ¿Sabe usted que es la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC)? (Si el paciente no sabe, explicar)
   a) Sí b) No

6. ¿Su médico le ha informado acerca de la Unidad?
   a) Sí b) No

7. ¿Sabe dónde está ubicada? (Si el paciente responde que no, explicar la ubicación)
   a) Sí b) No

8. ¿Sabe cuáles son las funciones que realiza la UNEME-EC? (Si el paciente no sabe, mencionar funciones).
   a) Sí b) No

9. Si usted fuera referido, ¿asistiría a la UNEME-EC? ¿Por qué razones?

Anexo 10. Material informativo para el escritorio de los médicos de los Centros de Salud

UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (UNEME-EC)

Criterios de referencia

Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

Diabetes mellitus

Hipertensión arterial

Sobrepeso u obesidad

Dislipidemias

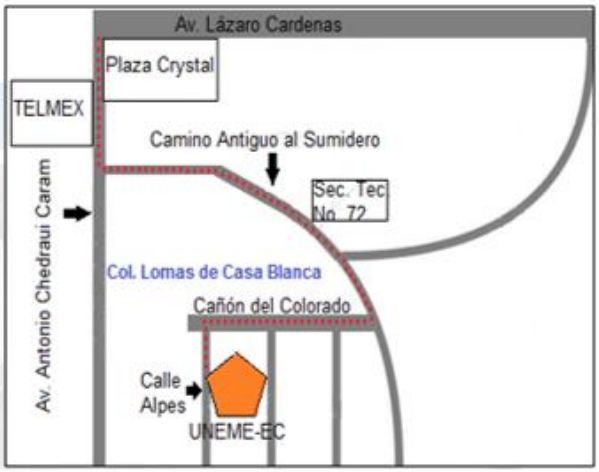
Que no han podido llegar a las metas de tratamiento (descontrolados).

Requisitos administrativos

- *Diagnóstico clínico*
- *Hoja de Referencia*
- *Póliza de afiliación al Seguro Popular vigente*

Ubicación

- Calle Los Alpes No. 3-A Colonia Lomas de Casa Blanca, entre Av. Cañón del Colorado y Calle Pirineos



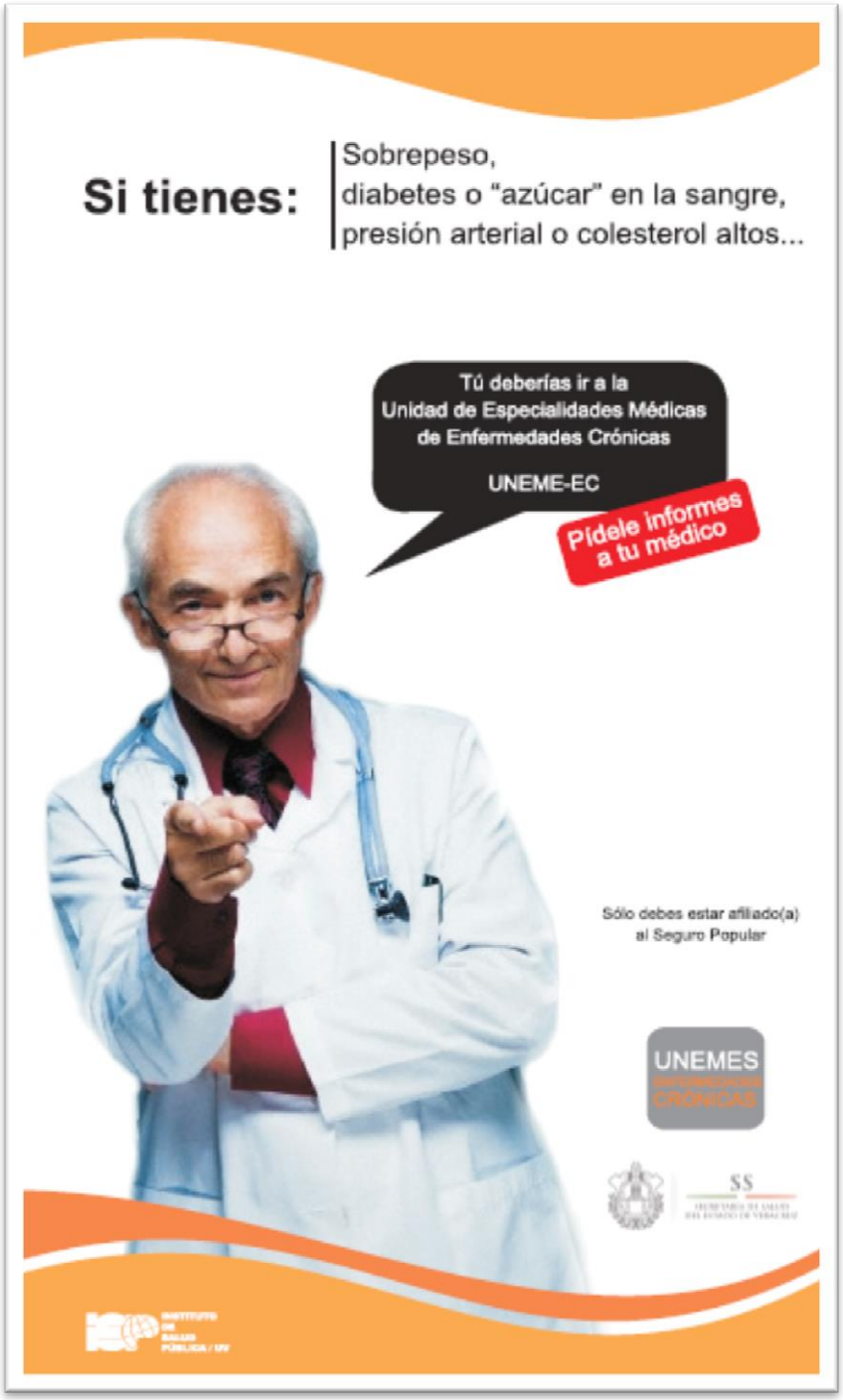
Horario de atención

Lunes a viernes 8: 00 -15:00 hrs

Teléfono de la Unidad

8-34-18-93

Anexo 11. Material informativo destinado al usuario para las salas de espera de los Centros de Salud.



Anexo 12. Cuestionario para la evaluación final.

Cuestionario para médicos.

Centro de salud: _____ Fecha: _____

1. ¿Conoce la ubicación de la UNEME-EC en la ciudad de Xalapa?

2. ¿Sabe cuáles son los criterios de inclusión que maneja la UNEME-EC?

3. ¿Cuántos de los pacientes que usted atiende con ECNT ha referido a la UNEME-EC en estas últimas semanas?

Cuestionario para usuarios.

Sexo: (F) (M) Edad: _____

10. ¿Tiene usted alguna ECNT?
    b) Diabetes b) Hipertensión c) Sobrepeso y obesidad d) Otra: _____

11. ¿Cuánto tiempo tiene que se le diagnosticó el padecimiento?

12. ¿Qué tratamiento lleva para su padecimiento?

    b) Dieta b) Ejercicio c) Medicamento d) Otro: _____

13. ¿Sabe usted que es la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC)? (Si el paciente no sabe, explicar)
    b) Sí b) No

14. ¿Su médico le ha informado acerca de la Unidad?

    a) Sí b) No

15. ¿Sabe dónde está ubicada? (Si el paciente responde que no, explicar la ubicación)
    b) Sí b) No

16. ¿Sabe cuáles son las funciones que realiza la UNEME-EC? (Si el paciente no sabe, mencionar funciones).
    b) Sí b) No

8. ¿Conoce el material publicitario de la UNEME-EC en el Centro de Salud?

    c) Sí b) No

Cuestionario para usuarios.

Sexo: (F) (M) Edad: _____

17. ¿Tiene usted alguna ECNT?
    c) Diabetes b) Hipertensión c) Sobrepeso y obesidad d) Otra: _____

18. ¿Cuánto tiempo tiene que se le diagnosticó el padecimiento?

19. ¿Qué tratamiento lleva para su padecimiento?

    c) Dieta b) Ejercicio c) Medicamento d) Otro: _____

20. ¿Sabe usted que es la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC)? (Si el paciente no sabe, explicar)
    c) Sí b) No

21. ¿Su médico le ha informado acerca de la Unidad?

    a) Sí b) No

22. ¿Sabe dónde está ubicada? (Si el paciente responde que no, explicar la ubicación)
    c) Sí b) No

23. ¿Sabe cuáles son las funciones que realiza la UNEME-EC? (Si el paciente no sabe, mencionar funciones).
    d) Sí b) No

8. ¿Conoce el material publicitario de la UNEME-EC en el Centro de Salud?

    e) Sí b) No

X. Referencias

[1] Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles en Notas descriptivas, marzo 2013. Consultado en línea el 17 de marzo de 2014 en:

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/

[2] Rodríguez ES. El marco conceptual de la función preventiva en orientación. Sus implicaciones en los programas de métodos de estudio. III Jornadas de Orientación Educativa, ACOEP, Barcelona: 1990.

[3] Bustamante E, La promoción de la salud desde la comunicación interna, Universidad Autónoma de Barcelona, España. Revista de Comunicación y Salud, vol2:2,2012.

[4] Martínez de Velasco A, Nosnik A, Vargas V, Savage G. Comunicación horizontal, informal y rumor, en Comunicación y rumor, 55-83, Trillas, México.

[5] Pizzolante Negrón, Italo. El poder de la comunicación estratégica, editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2004. Bogotá. p.68.

[6] Torres Montero VA, Chávez Cabrera RA. La comunicación en los programas de promoción y prevención de

la salud en Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, EPS y medios de comunicación. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad De Comunicación y Lenguaje. Comunicación Social, 2008, Bogotá.

[7] Fernández Sotelo, JL. La comunicación en las relaciones humanas. Trillas, México. 1999. p.13.

[8] Kotler P, Armstrong G. Fundamentos de Marketing, Prentice Hall 6ta ed., p 470.

[9] López Quintas A. Diccionario de ciencias y técnicas de la comunicación", Estrategia del lenguaje y manipulación del hombre, Madrid 1979; San Pablo, Madrid 1992; U, Eco, Tratado de semiótica general, Barcelona 1977 G. Palo, Comunicación, en DTI, 11. 50-63.

[10] Petracci M. Comunicación estratégica y salud: reflexiones sobre la experiencia de promover el papanicolau (Pap) en un hospital público del gran buenos aires, argentina. Consultado en línea el 01 de mayo de 2014 desde: http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/viewFile/740/642

[11] Arana Bustamante E. Historia de una Campaña de Salud Pública, Diseño de Estrategias de Comunicación Gráfica, en VI Encuentro Latinoamericano de Diseño 2011. Diseño en Palermo Comunicaciones Académicas. Año VI, Vol. 11, Julio 2011, Buenos Aires, Argentina.

[12] Luna Lozano DJ, Ochoa Lara M, Reséndiz Aguilar R, Vázquez Rodríguez CF. Difusión de Información acerca de la UNEME-EC en cuatro Centros de Salud urbanos de Xalapa, en Colección Educativa en Salud Pública número 10, Producto de los módulos, generación 2009 – 2011. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.

[13] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control. En: Evidencia para la política pública en salud. Instituto Nacional de Salud Pública, México: 2012.

[14] México. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Distrito Federal; 2007

[15] México. Secretaria de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Distrito Federal

[16] Página de los Servicios de Salud de Veracruz. [Internet]. Veracruz; Servicios de Salud de Veracruz; 2014 (actualizado 2014 febrero; consultado 2014 marzo). Disponible en: http: //sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO/SECRETARIA/ORGANIGRAMA.PDF, adaptado por la Coordinación del Programa Estatal del Adulto y Adulto Mayor; mayo: 2010.

[17] Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Manual de Organización para la Atención de Pacientes en UNEME Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes; marzo 2008; adaptado por la Coordinación del Programa Estatal del Adulto y Adulto Mayor. Servicios de Salud de Veracruz, mayo: 2010.

[18] Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Manual de procedimientos para la atención de pacientes en UNEME Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes; marzo 2008; adaptado por la Coordinación del Programa Estatal del Adulto y Adulto Mayor. Servicios de Salud de Veracruz, mayo 2010.

[19] Priego Álvarez H. Implicación y conocimiento en la actitud del usuario durante el proceso de consumo sanitario. Rev Salud en Tabasco vol 11:3 2005. pp 400-03.

[20] Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 2ª 2006. Págs. 81-127.

[21] Morales JM, Gonzalo E, Martín FJ, Morilla JC. Salud pública basada en la evidencia: Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2014 Mayo 03]; 82(1): 05-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000100002&lng=es.

[22] Modelo Integrador de Atención a la Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud. Ed. 2ª. 2006. México, D.F. ISBN 970-721-365-5. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/biblio/MIDAS.pdf

Universidad Veracruzana

Instituto de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Propuesta de programa de promoción en salud

Mejora tr3s hábitos
Mejora tu salud

Asesores internos:

Dra. María Teresa Álvarez Bañuelos

Mtro. Gustavo Vargas Merino

Asesor externo:

Dra. María del Rocío Salado Pérez

Presentan:

Atalia Castillo Reyes

Sergio Cuellar Rufino

Rubén Alberto González Reyes

Marcelo Antonio Guiot Santiago

Xalapa, Ver., a 6 de junio de 2014

Índice

1. Introducción..... 1
2.Marco referencial 2
2.1 Marco contextual..... 2
2.2 Marco teórico..... 7
2.3 Marco jurídico..... 10
2.4 Marco empírico..... 15
3. Delimitación del problema..... 19
4. Planteamiento del problema..... 19
5. Justificación..... 21
6. Objetivo general..... 22
6.1 Objetivos específicos..... 22
7. Metodología..... 23
7.1 Materiales y medios..... 24
7.2 Pilotaje..... 25
7.3 Factibilidad del proyecto..... 25
7.4 Viabilidad del proyecto..... 25
7.5 Pertinencia..... 26
7.6 Sustentabilidad..... 26
7.7 Gestión..... 27
7.8 Metas..... 27
7.9 Aplicación..... 28
7.10 Mecanismos de control implementados..... 28
7.11 Evaluación..... 29
7.12 Instrumento de evaluación..... 30
7.13 Delimitación del tamaño de la muestra..... 30
7.14 Análisis de datos..... 31
8. Resultados..... 31
8.1 Evaluación de la campaña mediante la aplicación del cuestionario a los derechohabientes del SAISUV..... 31
8.2 Evaluación de la campaña mediante el registro del número de pacientes referidos al nutriólogo antes y durante el periodo de intervención..... 38
9. Conclusiones..... 40
10. Recomendaciones..... 41
11. Referencias bibliográficas..... 42
Anexos 44

1. Introducción

La promoción de la salud es una práctica que consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos que parten desde el aspecto individual hasta las organizaciones, las comunidades y las instituciones que colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. Las enfermedades del rezago y las nuevas amenazas a la salud se encuentran ligadas a una cultura que incluye el cambo de estilos de vida y entornos que dañan la salud como el sedentarismo; el consumo del tabaco y alcohol; el consumo de alimentos con alto contenido energético, grasas trans y sal; la higiene personal, el saneamiento básico y factores psicosociales. Así mismo al acceso a servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En términos más sencillos, la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud, proceso que implica la colaboración directa de todos los involucrados directos en la selección, planificación, ejecución, evaluación y mantenimiento de las intervenciones, las políticas y las condiciones que fomenten la salud. Dichas intervenciones deben de ser planeadas y deben de tomar en cuenta todos los aspectos pertinentes del lugar, el tiempo, la cultura, la estructura social y otros factores que sean importantes. La educación debe permitir a los educandos adoptar una actitud solícita y comprensiva hacia los demás como también comportamientos protectores y saludables para sí mismos. La promoción de la salud en los próximos años debe fortalecer y ajustar sus acciones a la realidad epidemiológica, demográfica pero también social, política, económica, garantizando así la equidad, justicia y el derecho a la salud para todos.

Ante los emergentes problemas de salud es necesario generar las políticas públicas como herramienta intersectorial que lleva hacia la equidad y sustentabilidad en salud.

2. Marco referencial

2.1 Marco contextual

Ubicación de la unidad

El Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV); se encuentra ubicado en la Avenida Rafael Murillo Vidal No. 140 del Fraccionamiento Ensueño, en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Como principal referencia, el SAISUV colinda al sur con el Circuito Presidentes, por lo que resulta accesible su ubicación y acceso.

Historia

Desde la fundación de la Universidad Veracruzana (UV) se ha ofrecido la prestación de la atención médica al personal que labora en la universidad como lo son: académicos, funcionarios, personal de confianza y los dependientes económicos. Dicha prestación ofrece los servicios de consulta externa, medicina general y especialidad, servicios de hospitalización, laboratorio, gabinete y medicamentos.[1]

Para el año de 1980 se firma el primer Contrato Colectivo de Trabajo entre la UV y el Personal Académico, por lo que se establece la ayuda médica como una prestación hacia los trabajadores en las clausulas 98 y 99. Fue hasta 1987 que se crea el módulo médico en la ciudad de Xalapa como una propuesta del Sindicato Estatal del Personal Académico de la Universidad Veracruzana (FESAPAUV), el cual ofrece el servicio médico financiado. [2]

En el año 2007, la UV creó el Sistema de Atención Integral a la Salud con la finalidad de realizar una administración eficiente en cuanto a la prestación social, por ello, se pudo ofrecer servicios de atención médica de primer y segundo nivel al personal académico, funcionarios y trabajadores de confianza.[1]

Descripción de la unidad

El edificio del SAISUV está conformado por tres plantas, la primera planta se encuentra distribuida por una farmacia, recepción de consulta, archivo, sala de espera, tres consultorios de medicina general y un consultorio de odontología. La segunda planta está conformada por tres consultorios de medicina general y el área de coordinación médica. La tercera planta se emplea únicamente para el área administrativa.

Descripción del personal de salud

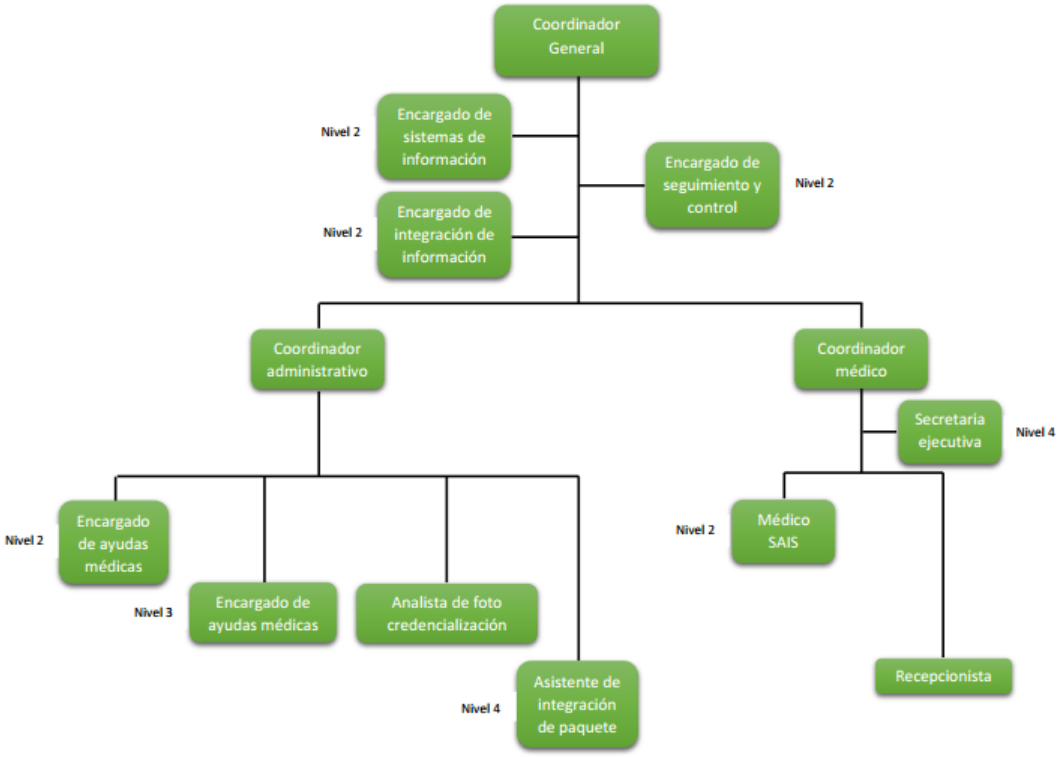
El SAISUV tiene una estructura organizacional que depende de una coordinación general de la cual se desprenden para la unidad de atención médica Xalapa, una coordinación médica y una administrativa.[1]

El área médica tiene a su cargo las sub áreas de supervisión médica y hospitalaria, de la que también dependen los servicios médicos y de enfermería. El área administrativa tiene a su cargo los departamentos de recepción, análisis, ayuda médica, foto credencialización y la intendencia.[1]

El SAISUV está integrado por 49 personas, distribuidos en médico administrativo, personal administrativo, médico, enfermería y personal de asistencia. El personal que labora está distribuido en un coordinador general y su asistente administrativo, dos coordinadores del área médica y administrativa con sus respectivos auxiliares administrativos, dos personas encargadas del área de sistemas informáticos, catorce analistas, doce médicos generales, dos ,médicos odontólogos, cuatro enfermeras y cuatro recepcionistas.[1]

La Unidad cuanta con horarios de atención, matutino de 8:00 a 14:00 horas en donde la atención médica está a cargo de seis médicos y dos enfermeras, el turno vespertino es de 14:00 a 20:00 horas y está a cargo de cinco médicos y dos enfermeras.

Gráfico 1. Organigrama del SAISUV



Fuente: SAISUV Xalapa, 2014.

Servicios que ofrece la Unidad

Administrativos: incluye el pago de las ayudas médicas por reembolso que se establece en la cláusula 98 de CCT y la acreditación y vigencia de derechos según la cláusula 98 del CCT.[2]

Médicos: incluye consulta externa ambulatoria, diagnóstico y tratamiento, atención hospitalaria y urgencias de segundo y tercer nivel de atención.[1]

Visitas domiciliarias: se aplica en personas que no puedan moverse por su cuenta para trasladarse al SAISUV y que requieran de atención de primer contacto.[1]

De medicamentos, análisis clínicos y gabinete: los derechohabientes del SAISUV tienen el derecho al abastecimiento de medicamentos que requieran en caso de

presentar alguna enfermedad, también se tiene derecho a realizarse análisis clínicos, estudios de gabinete, la adquisición de aparatos auditivos y ortopédicos.[1]

Servicios odontológicos: se llevan a cabo diagnósticos clínicos por los médicos odontólogos de la Unidad Médica de Atención (UMA), se elabora un odontograma para atención de odontología general y odontopediatría. Aquellos tratamientos odontológicos que sean más especializados son canalizados a otro tipo de especialistas.[1]

Sistemas con los que cuenta el SAISUV

Sistema médico: con acceso mediante una página de internet, tiene una pantalla de información general en la cual se tiene información para el personal de la UV, ayuda y orientación de trámites, los servicios que presta la unidad a sus derechohabientes, la normatividad que se aplica, información demográfica de los derechohabientes, entre otras. Otro aspecto importante de este sistema son las sesiones, a las cuales sólo puede acceder el personal que labora en la unidad, su principal función radica en reflejar en tiempo real lo que los médicos capturas de los expedientes clínicos electrónicos y que a su vez actualiza la base de datos para el reporte epidemiológico semanal, por lo que resulta de gran ayuda ya que se puede acceder directamente a los expedientes electrónicos en caso de que se requiera revisar información relacionada con el usuario.[1]

El SAISUV también cuenta con un sistema administrativo o de ayudas médicas, el cual es de uso personal del SAISUV. Este sistema sirve para ingresar facturas, gastos de honorarios, programación de pagos, entre otras.[1]

En cuanto a fuentes de información secundaria, se cuenta con la hoja diaria de consulta, expediente o nota médica y dos sistemas de información electrónica.[1]

Área de influencia del SAISUV

El SAISUV brinda atención médica a trabajadores de la UV como son funcionarios, personal de confianza, académicos y dependientes económicos de estos (Tabla 1). En su mayoría, el personal radica en la ciudad de Xalapa y localidades cercanas como Banderilla, Coatepec, Xico, Naolinco y Emiliano Zapata.

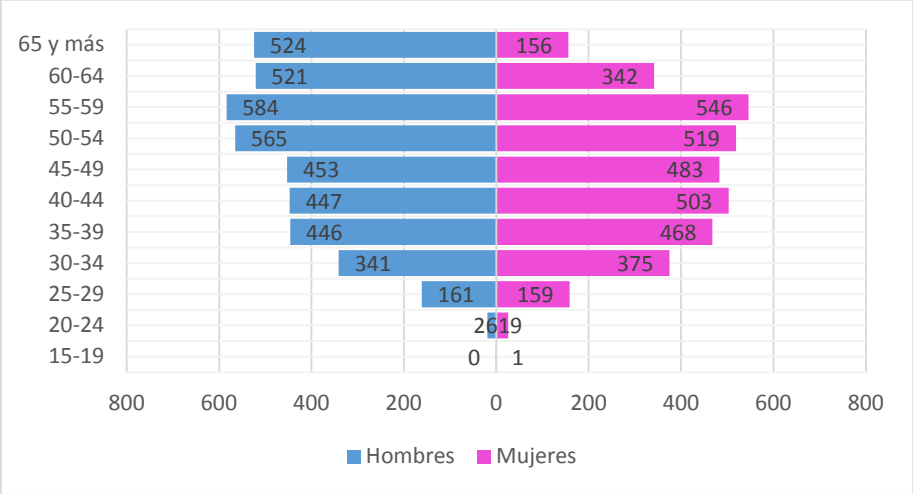
Tabla 1. Derechohabientes activos del SAISUV hasta diciembre de 2013.

Región	Funcionario		Confianza		Académicos		Total	
	Emp.	Dep.	Emp.	Dep.	Emp.	Dep.	Emp.	Dep.
Xalapa	337	483	1,272	1,513	3,088	3,745	4,697	5,741
Veracruz	71	111	130	130	1,071	1,256	1,272	1,497
Córdoba - Orizaba	37	40	63	47	532	377	632	464
Poza Rica - Tuxpan	36	38	61	36	527	398	624	472
Coatzacoalcos - Minatitlan	30	19	50	24	398	307	478	350
Total	511	691	1,576	1,750	5,616	6,083	7,703	8,524

Fuente: SAISUV Xalapa, 2014.

La mayor concentración de la población derechohabiente del SAISUV se encuentra en un rango de edad de 55 a 59 años de edad, mientras que el rango de edad de 15-19 años fue el que menor número de personas presentó, por lo que se puede considerar una población envejecida. Así mismo, hay un mayor número de hombres que mujeres.

Gráfico 2. Pirámide poblacional de los derechohabientes del SAISUVhasta la primera semana de enero de 2014.



Fuente: SAISUV, 2014.

2.2 Marco Teórico

Promoción de la salud

La Organización Mundial de Salud (OMS) define a la promoción de la salud como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando el enfoque participativo; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones deben colaborar juntos para crear las condiciones garanticen la salud y el bienestar para todos.[3]

La promoción de la salud, básicamente busca fomentar cambios en el entorno que ayuden a promover y proteger la salud de las personas. Dichos cambios incluyen modificaciones en el sistema mediante por ejemplo; políticas públicas que garanticen el acceso a los servicios de salud y la creación de infraestructura como parques que coadyuven a la realización de actividad física. La promoción de la salud primordialmente se basa en la población, es decir, se ocupa de todas las personas que comparten un lugar o una condición, como un municipio o una región o estar expuestas a un determinado riesgo.[3]

Características de la promoción de la salud

La promoción de la salud para ser propiamente llamada así debe cumplir con las siguientes características[3]:

Participativa: Implica la colaboración de todos los interesados directos de la comunidad en la selección, la planificación, la ejecución, la evaluación y el mantenimiento de las intervenciones, las políticas y las condiciones que fomentan la salud.

Intersectorial: Es un ideal hacer participar a todos los sectores o partes de la comunidad-ciudadanos individuales, empresas, instituciones gubernamentales, comunidades de fe y organizaciones no gubernamentales como las que prestan servicios sociales y de salud, organizaciones sociales y culturales, etc.— en la realización de cambios que fomenten la salud en sus programas, políticas y prácticas.

Sensible al contexto: Debe tener en cuenta todos los aspectos pertinentes del lugar y el tiempo, incluyendo la historia, la información demográfica, la experiencia anterior, la geografía, la cultura, la política, la economía, la estructura social y otros factores importantes.

Historia de la promoción de la salud

Como antecedente, se conoce que fue el historiador alemán Henry Sigerist quien en 1946 utilizó el término promoción de la salud por primera vez. En documentos que sustentan la historia de promoción en salud inician con el Informe Lalonde, formalmente titulado “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” de 1974 y anunciado por Marc Lalonde, secretario de salud y bienestar de Canadá y en el cual por primera vez se resalta que si se quiere mejorar la salud de la población, se debe mirar más allá de la atención de enfermedad. Dicho reporte destaca cuatro grupos de los determinantes de la salud: biológicos y genéticos, del

medio ambiente y los entornos, los estilos de vida y el sistema de salud. Cada uno determina la salud en un 27%, 19%, 43% y 11%, respectivamente.[4]

Otra importante reunión de promoción a la salud fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que se llevó a cabo en 1978 en Alma Ata, Rusia, las conferencias mundiales de promoción de la salud consecuentes, así como las resoluciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) han marcado el camino y directrices sobre el desarrollo de promoción de la salud en el mundo.[4]

Como otro referente, la Carta de Ottawa de 1986 estableció que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de aminorar su impacto en la salud pública e individual.[4]

Las posteriores conferencias internacionales de la OMS celebradas en Adelaida, Australia (1988), Sundsvall, Suecia (1991), Yakarta (1997) y México D.F. (2000) siguieron asentando bases y orientación para los gobiernos sobre las medidas a que se deben tomar y como abordar los determinantes de la salud con el propósito de lograr la salud para todos.[4]

La Carta de Bangkok, resultado final de la 6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 2005, ofrece una nueva orientación para la promoción de la salud, políticas públicas, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado, con el fin de asumir que la promoción de la salud se incluya en la agenda de desarrollo mundial y que sea una responsabilidad de todos los gobiernos.[4]

Como último documento que sustenta la acción en promoción a la salud, se encuentra la 7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Nairobi (2009) Kenya, cuyo resultado final identificó estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud. La promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograr las metas internacionales y nacionales de salud, por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio.[4]

2.3 Marco Jurídico

El otorgamiento del servicio médico de la Universidad Veracruzana a sus trabajadores, se sustenta en las clausulas 98 y 99, capítulo 9 del contrato colectivo de trabajo[2]:

Clausula 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 dentales sólo en caso de alteraciones de la función masticatoria, endodoncias y paradoncias. (En estos dos últimos casos, hasta por un monto de $907.00novecientos siete pesos).

La cantidad que se señala en el párrafo anterior, será convenida anualmente por las partes. Igualmente, otorgará el importe de los aparatos ortopédicos y auditivos, los lentes (cristales) y pupilentes que requieran, así como la cantidad de $800.00 (ochocientos pesos), por el costo de la armazón.

El derecho a recibir la prestación se hará extensiva al cónyuge, a falta de éste, a la concubina o al concubinario 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 el.

La prestación a que se refiere esta cláusula, se otorgará a los trabajadores académicos que ocupen una plaza definitiva, por todo el tiempo que subsista la relación de trabajo; si el académico sólo tiene nombramiento y plaza definitiva por un semestre, el pago de la prestación se hará siempre que los servicios médicos se hayan requerido en el semestre en que se encuentre laborando.

A los interinos, se les concederá únicamente durante el tiempo que dure su contratación.

En todos los casos, el pago de la prestación se realizará dentro de los treinta días siguientes de la presentación a la UV de la documentación siempre y cuando se satisfagan los requisitos convenidos.

La justificación documental implica que debe existir, en todo caso, coincidencia entre los conceptos de gastos que ampare el recibo correspondiente, y las certificaciones médicas que señalen el tipo de la intervención quirúrgica y/o la hospitalización, así como las órdenes de los análisis clínicos y las prescripciones de los medicamentos.

La Universidad se reserva el derecho de verificar la legalidad y certidumbre de los documentos que para el goce de esta prestación presenten los trabajadores académicos.

Los gastos realizados fuera del Estado de Veracruz, deberán pagarse en los siguientes casos:

a).- Cuando se realicen en épocas de vacaciones o en casos de emergencia o cualquier otra causa de fuerza mayor, se pagarán los recibos anexando la responsiva médica de la Institución que atendió al paciente y que indique la causa de la prestación del servicio.

b).- Si por alguna circunstancia se requiere el servicio de un especialista, fuera del Estado, se presentará la responsiva de un médico de la localidad indicando la

necesidad del servicio, anexándola a los recibos ante la Secretaría de Administración y Finanzas.

No quedan comprendidas en la prestación a que se refiere esta cláusula, la cirugía estética, ni tratamientos médicos y de hospitalización de tipo psiquiátrico privado; en este último caso, salvo la primera consulta y los medicamentos que prescriban en ella.

Con la finalidad de integrar el kárdex de los trabajadores académicos de nuevo ingreso y sus beneficiarios, por una sola vez, para efectos del goce de esta prestación, el trabajador académico deberá presentar ante la Secretaría de Administración y Finanzas por conducto del Sindicato, la documentación siguiente:

a).- Una copia fotostática de cada una de las actas del Registro Civil, para acreditar el parentesco y/o estado civil.

b).- Constancia que acredite que los hijos mayores de 16 años y menores de 23, están estudiando.

c).- Declaración escrita bajo protesta de decir verdad, con la que se acredite: Que los padres y los hijos mayores de 23 años que conforme a la Ley Civil hayan sido declarados incapaces, dependen económicamente del trabajador y viven con él. Tratándose de los hijos mayores de 16 y menores de 23 años, que estén estudiando, la declaración se formulará sólo respecto a la dependencia económica.

Tratándose de gastos por concepto de aparatos ortopédicos y auditivos, lentes, (cristales) y pupilentes, debe presentarse prescripción médica anexa a la factura.

El pago de la armazón será por una sola vez al año, especificándose el costo de la misma.

La Universidad deberá impugnar la validez de los recibos y documentos respectivos, dentro de la semana siguiente a su presentación, informando al

Sindicato por escrito, sobre la causa de impugnación que esgrima, y devolviéndole la documentación exhibida.

Cuando la causa de impugnación sea infundada, o en el caso de que el Sindicato presente nuevamente la documentación, debidamente requisitada, los gastos relativos deberán ser pagados dentro de los quince días siguientes a la nueva fecha de presentación.

Si la UV no hace uso del derecho de impugnación dentro de los términos señalados, pagará el importe de los gastos presentados, dentro de los quince días siguientes.

La declaración bajo protesta, relativa a la dependencia económica a que se refiere el inciso c) del párrafo 12 de esta cláusula, surtirá efectos además, para la prestación señalada en la cláusula 94.

Clausula 99: Para efectos de pago, los recibos de gastos médicos serán presentados por conducto del FESAPAUV, a través de los representantes sindicales acreditados para ello, debiendo cubrir los requisitos siguientes:

I.- Los recibos de honorarios médicos deberán contener:

a).- Nombre del médico y Registro Federal de Contribuyentes.

b).- Número de folio.

c).- Nombre del paciente.

d).- Importe en número y letra.

e).- Concepto del servicio prestado.

f).- Lugar y fecha de expedición.

g).- Firma autógrafa del médico.

II.- Requisitos que deberán contener las notas de farmacia:

a).- Domicilio y razón social del establecimiento.

b).- Registro Federal de Contribuyentes.

c).- Fecha.

d).- Monto unitario y total.

III.- Los requisitos necesarios para las facturas son:

a).- Domicilio y razón social del establecimiento.

b).- Registro Federal de Contribuyentes

c).- Concepto del servicio prestado.

d).- Número de folio.

e).- Nombre del paciente.

f).- Precio unitario e importe total en moneda nacional.

g).- Localidad y fecha de expedición.

IV.- Los recibos de honorarios médicos deberán ser impresos, de ser posible, y no serán válidos si no cumplen con los requisitos establecidos.

V.- Los gastos por concepto de compra de medicamentos, deberán presentarse acompañados de la receta médica correspondiente, o fotocopia de la misma.

VI.- En los casos que se encuentren medicamentos no prescritos en las notas de farmacia, su costo será descontado del importe total, indicando en la devolución, nombre y precio de ellos, sin perjuicio de pagar lo correcto.

VII.- Se pagarán además los sustitutos de la leche materna, cuando esto se indique en la prescripción médica.

VIII.- Cuando no exista coincidencia entre la cantidad señalada en el recibo con la amparada con el cheque y los documentos rechazados, la Institución deberá aclarar satisfactoriamente al Sindicato, en un plazo no mayor de una semana, la causa de tal hecho. Si hay diferencia a favor del trabajador académico, la UV la pagará en un término no mayor de quince días.

1.4 Marco Empírico

Se toman como referencia estudios realizados anteriormente en el SAISUV en los cuales se analizaron las situaciones de salud de la población usuaria con respecto a diferentes enfermedades, en los cuales se rescata el componente de la promoción y prevención entre las recomendaciones propuestas por estos estudios.

Estudio sobre situación de salud de pacientes con DM2

En el año 2011 un equipo multidisciplinario de estudiantes de la maestría en salud pública realizó un análisis de la situación de salud de los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 del SAISUV[5]. Este análisis tuvo como objetivo identificar las condiciones que presentaba esta población, así como sus complicaciones y la elaboración de recomendaciones para los mismos. Se destaca que fue el primer estudio que se realizó en el SAISUV sobre la población con diabetes mellitus tipo 2 en específico. Con respecto a la metodología utilizada, el estudio realizado fue de corte cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. La población total de diabéticos para esa fecha en el SAISUV era de 509 individuos y se utilizó una muestra de 117 derechohabientes con esta enfermedad, a los cuales se les aplico un cuestionario de 47 ítems con preguntas abiertas y cerradas donde se les preguntaban aspectos sociales, económicos, epidemiológicos y demográficos de

los trabajadores y sus dependientes económicos, como criterios de exclusión y eliminación se excluyó a aquellos que no quisieran participar en este estudio y se eliminó a aquellos que no contestaron al menos el 85% de los ítems del cuestionario.

Entre los resultados obtenidos se encontró que el grupo de edad más frecuente en esta muestra fue el que va de los 60 a 64 años de edad con un 31% de la población encuestada, los niveles de estudio predominantes fueron licenciatura y posgrado con un 46.1 y 39.3 por ciento respectivamente. Un 67% de esta muestra lleva un tratamiento que incluye dieta, ejercicio y medicamento. Destacan los antecedentes heredofamiliares de diabetes e hipertensión así como la obesidad. Una importante conclusión obtenida es que el 11.11% de los pacientes no conoce el tipo de DM que presenta, se considera importante que tanto este 11.11% de los pacientes como aquellos que saben de qué tipo es la diabetes que padecen requieren de más información sobre la enfermedad y los tratamientos que puede tomar, como ejercicios, alimentación balanceada y actividades que no perjudiquen a su salud, para evitar la aparición de complicaciones. De las recomendaciones propuestas, se rescatan las más importantes, que son: mantener la revisión y actualización de la base de datos de los pacientes con diabetes mellitus, implementar un programa permanente de prevención primaria para DM2 identificando durante consulta pacientes con factores de riesgo para este padecimiento, crear un grupo de apoyo para los pacientes diabéticos y diseñar una campaña permanente de detección oportuna de hipertensión arterial por ser la primera causa de consulta del SAISUV.[5]

Estudio sobre ansiedad y depresión en trabajadores derechohabientes

En este mismo año para el periodo enero-junio de 2011 se realizó otro estudio para el cual la población estudiada fueron los trabajadores derechohabientes del SAISUV[1], excluyendo de este estudio a los dependientes económicos de los mismos. Este estudio fue realizado al reportarse que en este periodo la cuarta principal razón de consulta por parte de los trabajadores derechohabientes fue el

trastorno mixto de depresión y ansiedad con un total de 909 consultas. Por lo tanto se planteó el objetivo de analizar la situación de salud y los factores asociados a ansiedad y depresión de esta población. Para la metodología se tiene que fue un estudio observacional, descriptivo y transversal que conto con una muestra de 85 individuos de los 4,395 trabajadores derechohabientes del SAISUV región Xalapa, 37 hombres y 48 mujeres a los que se les aplico un cuestionario estructurado identificando variables socio-demográficas, económicas y la escala ZUNG para detectar estados de depresión y ansiedad que dio en total un cuestionario de 97 preguntas.

Como resultados se obtuvo que el grupo de edad con mayor frecuencia fue de 55 a 59 años, el 76% de los trabajadores se encuentran basificados y se encontró una prevalencia de 0.7 para ansiedad y 0.6 para depresión; las áreas que presentaron mayor frecuencia de depresión fue la de humanidades y ciencias de la salud, mientras que para ansiedad fueron humanidades y el área administrativa. Lo factores asociados significativos encontrados fueron sentirse poco seguro y no realizar actividad recreativa. Y las recomendaciones propuestas son: realizar un estudio cualitativo con la finalidad de recabar las experiencias y vivencias en el ámbito laboral que propician que existan tantos casos de ansiedad como de depresión, realizar actividades de promoción de la salud y prevención del trastorno mixto de ansiedad y depresión y realizar un estudio con una muestra más grande para saber si las condiciones de trabajo propician este tipo de trastornos.[1]

Aspectos epidemiológicos de la población del SAISUV

En marzo de 2013 se publica en el número 17 del volumen 9 de la revista UniverSalud del Instituto de Salud Pública el artículo “Aspectos epidemiológicos de la población del Servicio Médico Xalapa de la Universidad Veracruzana” con autoría de la Dra. María Teresa Álvarez Bañuelos y colaboradores[6], el cual trata de un estudio realizado en el SAISUV con el objetivo de describir la edad, sexo y ocupación de la población derechohabiente en la Unidad Médica Xalapa del SAISUV y determinar la morbilidad y mortalidad del 2009 al 2012. La población

incluida en el estudio abarco todas las categorías laborales: académicos, confianza, funcionarios y sus dependientes económicos. Como parte de la metodología se utilizaron los datos obtenidos a partir de la base de datos de la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH) de la Universidad Veracruzana. Además de los datos de número de consultas y tipos de diagnósticos que fueron formulados por el médico a los pacientes de consulta externa y de especialidad, más información fue obtenida del expediente electrónico, de la cedula de la hoja diaria, así como de los reportes capturados en el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Para el estudio de mortalidad se tomaron los datos de los diagnósticos de los certificados de defunción facilitados por la DGRH y el SAISUV.

Como resultados se encontró que hubo un incremento de la población adscrita de 6.7% con respecto a la población que había en 2009, del registro de 10, 143 individuos 4,550 son empleados y 5,593 son dependientes económicos, de estos se tiene un total de 5,762 mujeres y 4,381 hombres; la edad promedio de la población se sitúa en 50 años y más, correspondiente a 45.5% del total de población adscrita y los adultos mayores representan el 17.4%, proporción que aumentara conforme la población envejezca, la mayor proporción de la población se encuentra en edad productiva. En cuanto a la morbilidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles las principales causas son infección respiratoria, diarrea y gastroenteritis, parasitosis intestinal, infección de vías urinarias e hiperlipidemia mixta. Y para la mortalidad se observan las causas de tumores malignos, enfermedades del corazón, diabetes mellitus, enfermedades del hígado e insuficiencia renal. En la discusión se resalta el papel de las enfermedades crónicas y las discapacidades funcionales, entre las primeras se encuentran el cáncer, diabetes, enfermedades cerebrovasculares, la artritis, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la osteoporosis. De estas últimas destacan las limitaciones para las actividades de la vida diaria; infecciones respiratorias, traumatismos, deficiencias visuales y de la nutrición. También se hace mención de como desde sus inicios la atención en la Unidad de Salud se había enfocado fundamentalmente a la restauración del daño, subestimando la importancia de

privilegiar un sistema integral de salud, con predominio de estrategias de prevención, promoción y fomento de la salud con la participación de la población.[6]

3. Delimitación del problema

El asesor externo asignado, la Coordinadora General del SAISUV Dra. María Del Rocío Salado Pérez informo de tres problemas presentes en el módulo sobre los cuales se podía hacer una intervención, estos problemas eran:

- El espacio de recepción y archivo
- El alto porcentaje de usuarios con enfermedades crónico degenerativas
- La inexistencia de estrategias de promoción y prevención de la salud

Sobre el primer problema del que se hace mención no se consideró que fuera de la competencia del equipo multidisciplinario del ISP resolverlo puesto que la resolución a esta situación involucraba cuestiones de diseño y construcción que son ajenas a la orientación de salud pública que se busca implementar y en las cuales no se poseen las competencias necesarias para dar una propuesta de solución. De entre los problemas restantes los cuales si tienen la orientación a la salud pública, se eligió en acuerdo entre asesores internos y el equipo del ISP y apoyándonos en la revisión empírica con base en los artículos publicados sobre investigaciones de la situación de salud de la población usuaria del Módulo del SAISUV región Xalapa, que se trabajaría sobre el alto porcentaje de usuarios con ECNT.

4. Planteamiento del Problema

En la actualidad las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan un problema de salud pública en todo el mundo. Se calcula que en el 2008, cerca de 36 millones de personas alrededor del mundo murieron a causa de enfermedades cardiacas, infartos, cáncer, y diabetes mellitus, la mitad eran mujeres y el 29% eran personas menores a los 60 años de edad.[7]

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores como el envejecimiento, urbanización rápida y no planificada y la mundialización de unos modos de vida poco saludables como lo es una mala alimentación y falta de actividad física, lo que puede manifestarse negativamente en sobrepeso y obesidad, una tensión arterial elevada y aumento de la glucosa sanguínea.[8]

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM) ha aumentado rápidamente, para el año 2012 la Federación Internacional de Diabetes estimo que aproximadamente 371 millones de personas tenían la enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren debido a esta. Así mismo se estima que para 2030 se incrementara el número de personas con este padecimiento hasta en 439 millones de personas lo que representaría el 7.7% de la población adulta de entre 20 a 79 años de edad en el mundo.[9]

En México se ha incrementado el número de diabetes de 1998 al 2012 se ha observado un incremento en un 4.7% lo que se traduce en una tasa de morbilidad de 358.2 casos por cada 100 mil habitantes. De acuerdo a cifras emitidas por el INEGI en el 2012 esta enfermedad constituyó la segunda causa de muerte de la población mexicana.[10]

Referente a la hipertensión arterial (HTA) este es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México[11]. En tan solo 6 años entre 2000 y 2006 la prevalencia de HTA se incrementó 19.7% hasta afectar a uno de cada tres adultos mexicanos (31.6%).[12]

La obesidad se considera en la actualidad la enfermedad más importante del mundo representando un problema de salud pública de gran magnitud y trascendencia. A nivel mundial el sobrepeso y la obesidad han ido incrementando, según datos de la Organización mundial de la salud (OMS) en el mundo existen 1400 millones de adultos con sobrepeso u obesidad.[13]

El sobrepeso y la obesidad se encuentran como el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Año con año fallecen alrededor de 2.8 millones de

adultos como consecuencia de estas patologías. Otras cifras refieren que 44% de la carga de diabetes, 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre 7% y 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.[13]

Por otro lado se conoce que la promoción a la salud ayuda a fomentar estilos de vida saludables que a su vez contribuyen a prevenir distintas ECNT. En el SAISUV para el año 2013 el 97% de las consultas que se dieron fueron de carácter curativo y solo el 3% restante acudieron por motivos de prevención, añadido a esto en el servicio médico no se cuenta con ninguna estrategia de prevención y promoción en salud.[6]

5. Justificación

En respuesta al aumento en la incidencia de ECNT en la población usuaria del servicio médico de la Universidad Veracruzana y ante la inexistencia de programas y estrategias de promoción y prevención de la salud, surge la idea de la creación del programa “MEJORA 3 HABITOS, MEJORA TU SALUD” que busca promocionar estilos de vida saludable que coadyuven a la disminución de la incidencia de ECNT, además de controlar o retrasar su aparición.

6. Objetivo general

Promover estilos de vida saludable en los usuarios del servicio médico de la Universidad Veracruzana que coadyuven a la prevención de ECNT como la Diabetes, Hipertensión y Obesidad.

6.1 Objetivos específicos

- Sensibilizar sobre los hábitos alimenticios y de actividad física a los usuarios del servicio médico de la Universidad Veracruzana

- Comunicar la importancia de un estilo de vida saludable como mecanismo de prevención de ECNT.

- Medir al inicio y al final de la campaña la asistencia al nutriólogo para conocer si los usuarios están teniendo asesoría sobre una alimentación saludable

7. Metodología

Con base a las necesidades detectadas y la seleccionada para intervenir se elaboró una campaña de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para el SAISUV.

El equipo del ISP desarrollo el concepto que tendría la campaña, esto en consenso y con apoyo de los asesores internos y externo.

Por lluvia de ideas por parte del equipo multidisciplinario del ISP fue que se decidió el nombre que tendría la campaña:

“Mejora tr3s hábitos, mejora tu salud”

Además de generaron los tres pasos fundamentales, ejes de la campaña:

- Mídete: Invita a la población a mantenerse al tanto de sus medidas antropomórficas así como sus niveles de glucosa, triglicéridos, etc.
- Bájale: Propone hábitos alimenticios saludables mediante la reducción de azúcares, sal y grasas.
- Desempólvate: Promueve la actividad física mediante la aplicación de rutinas y sugerencias prácticas que pueden realizarse en el ámbito laboral, en el hogar y durante el tiempo libre.

Para saber qué información iba a ser la que se proporcionaría en la campaña se hizo una revisión de las Normas Oficiales Mexicanas[14, 15, 16] referentes a las ECNT de mayor morbimortalidad registradas en los usuarios del SAISUV que son Diabetes e Hipertensión arterial, también se revisó la información de otros programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.[17, 18, 19]

Se hizo un recorrido por el SAISUV siguiendo las rutas tomadas por los usuarios en los distintos procesos que se realizan como son la solicitud de consulta, el recorrido a la sala de espera, entradas a consultorio, entrega de medicamentos, trámites administrativos, etc. para identificar los puntos clave del inmueble para colocar la información en los materiales elaborados.

El equipo multidisciplinario del ISP realizó la elaboración de los materiales de la campaña, los cuales se rediseñaron con el apoyo del Mtro. Gustavo Vargas Merino para que fuera más atractivo y apropiado para la población, manteniendo la disposición de la información previamente seleccionada.

7.1 Materiales y medios

Los materiales que se realizaron fueron los siguientes y con su respectiva función que hacen que se siga un proceso o circuito de comunicación paso a paso:

- Cartel principal o pendón de bienvenida: Que es el primer grado de información que el usuario recibe al llegar.
- Gafete para el personal de enfermería y recepción: posterior al paso anterior, los usuarios de encuentran con el personal de recepción, para quienes se fabricaron unos gafetes con el nombre de la campaña y los cuales contienen los pasos de ésta.
- Volante: Es el personal de recepción, quien al llegar el usuario le hace entrega de un volante que le explica a éste la intención de la campaña.
- Carteles en la sala de espera: Son tres carteles con los pasos de la campaña y acciones cortas pero más específicas de cada uno.
- Cintas de medida de cintura: Al lado de los carteles se encuentran 2 cintas para que el usuario pueda medirse la cintura y estimar si se encuentra en sobrepeso u obesidad y esto sirva como una señal de alerta.
- Carteles en el consultorio: estos carteles se ubican en cada consultorio médico, donde pueden observarse los tres pasos de la campaña y donde se establece que cualquier duda le pregunte al médico de que se trata.
- Folletos extensos: En cada consultorio se colocó un folleto permanente con la información extensa de cada paso de la campaña, y en la parte de atrás se cuenta con la dirección de la página de internet donde puede descargar el folleto si le gusto.

- Página web: Como medio final se encuentra la versión electrónica de la campaña, en una página web, donde además de la información ya mencionada, se puede acceder a una calculadora donde las personas insertan su talla y peso obtienen su IMC.

7.2 Pilotaje

Para el pilotaje se comenzó por hacer una prueba de impresión de los materiales en sus versiones finales y se procedió a seleccionar por conveniencia a una muestra de 20 personas que constaba de personal médico, de enfermería y administrativo del SAISUV así como estudiantes de la Maestría en Salud Publica.

Este ejercicio fue realizado con la finalidad de comprobar que el material era adecuado y comprobar si la comprensión de su contenido era clara. Finalmente se llevaron a cabo las adecuaciones que resultaron de la prueba piloto.

7.3 Factibilidad del proyecto

El proyecto es factible pues se tiene a la disposición del equipo multidisciplinario los recursos técnicos, económicos y materiales. Se cuenta con el apoyo del personal médico y administrativo que muestra interés en la campaña, se tiene la aprobación de la Coordinadora General del módulo la cual autorizo la colocación de los materiales y aprobó las reuniones con el personal para darles la información necesaria y solicitarles su apoyo en esta campaña. En el ISP se cuenta con el apoyo técnico y los materiales que fueron necesarios para realizar las pruebas de impresión y posteriormente la impresión de los materiales en su versión final.

7.4 Viabilidad del proyecto

El proyecto es viable puesto que contamos en el plano de los aliados con las autoridades del SAISUV con la competencia para autorizar la implementación de nuestra campaña, además de nuestros asesores y el personal médico, de

enfermería, odontología y recepción del módulo. Como factores facilitadores se encuentran la disposición de los espacios que se identificaron como claves en el inmueble y el interés de los usuarios del SAISUV por esta campaña. No tenemos reconocidos oponentes pero nos encontramos con algunos obstáculos, uno de ellos es la gestión que se debe de hacer para solicitar autorizaciones fuera del alcance del Coordinador General del SAISUV, en este ámbito una parte de la campaña es su sitio web en el cual se pretende que se suba información nueva sobre los tres pasos antes mencionado y que pueda estar al alcance de toda la población usuaria, para alojar este contenido web en la página del módulo se requiere de autorización de la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) de la Universidad Veracruzana para la cual se podría demorar el proceso de alojamiento como estrategia emergente el contenido web de la campaña fue alojado dentro de un subdominio en línea para que ya pueda ser consultado, salvo esta situación el proyecto es considerado viable.

7.5 Pertinencia

El proyecto es pertinente pues atiende a una problemática de salud pública que afecta también de forma importante al SAISUV por las características demográficas de la población usuaria y se contribuye no solo a mejorar la calidad de vida de los usuarios sino fortalecer al SAISUV como un verdadero sistema de atención integral que hasta la fecha no había tenido un programa de promoción de la salud como otros sistemas e instituciones de salud ya poseen.

7.6 Sustentabilidad

Con respecto a la sustentabilidad del proyecto, los materiales en acabado fino de la campaña se pondrán a disposición de las autoridades del SAISUV y se realizará la gestión para obtener los recursos que permitan que el proyecto pueda sostenerse por sí mismo cuando finalice esta primera intervención para continuar

la elaboración de más material que continúe beneficiando a los del SAISUV y se implemente de manera permanente y aún más formal.

7.7 Gestión

Se gestionó un cambio de horario de la nutrióloga para poder atender a más pacientes en el turno matutino ya que se encontraba exclusivamente abierto el turno de la tarde, en el cual es un poco menor la afluencia de pacientes que en el turno matutino. Con esta gestión se buscó ofrecerle más opción de horario para los usuarios del SAISUV.

Además de lo anterior se encuentra en trámite con la DGTI la colocación de la página del programa en el apartado de promoción de la salud del sitio electrónico del SAISUV.

7.8 Metas

Dentro de las metas de la campaña se plantean las siguientes:

Proceso:

- Que todo el personal médico, de enfermería y recepción se involucre en el programa.
- Que todo el material planificado se instale y difunda en el tiempo establecido.

Resultados:

- Que el número de consultas de nutrición se incremente.
- Que los usuarios lean el material establecido y hagan uso del material didáctico.
- Que el espacio web reciba visitas constantes.

7.9 Aplicación

Para la preparación de la puesta en marcha de la campaña tuvieron que realizarse ciertas sesiones informativas con el personal, para explicarles la intención del programa y la importancia que jugaba cada uno en éste. Además de lo anterior, se les proporcionó un pequeño guion de lo que debían decir si los usuarios solicitaban información o para promover el programa.

Las reuniones mencionadas fueron primero personalmente y posteriormente en una junta general, esto para los tres turnos y el personal médico, de enfermería y recepción.

El día sábado 3 de mayo, de acuerdo a la calendarización se procedió a colocar el material completo de la campaña (anexo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

7.10 Mecanismos de control implementados

Como mecanismos de control implementados durante la realización del proyecto se encuentran las ya mencionadas juntas que se llevaron a cabo con el personal del módulo. La primera de estas con personal de recepción y enfermería, acompañados de la Coordinadora General del SAISUV y posteriormente otra junta con los médicos de los consultorios de ambos turnos para que pudieran participar de la forma esperada con la campaña. El personal de recepción al ser el primer contacto que tiene la población usuaria con el SAISUV son a quienes se les da el papel de promover y dar la información de la campaña que ha sido implementada. Para que se les identifique con esta función es que se les dan gafetes con los tres pasos de la campaña y así se procura aumentar la difusión y se involucra activamente el personal del SAISUV.

Como ajustes al proyecto se tiene el cambio en las medidas de las cintas que se colocaron en la sala de espera de la planta baja del módulo, ya que debieron ser ajustadas para adecuarse a la norma y que hicieran una medición correcta a los usuarios que la utilizarán. Igualmente se hizo un cambio en la modalidad en la que se daría la información dejando una versión plastificada del folleto sujeta al

mobiliario de los consultorios para que pueda ser revisada y con la opción de que si la información es de interés se puede descargar el mismo contenido en su versión digital en la página web de la campaña. Otro ajuste realizado fue la gestión realizada para el cambio del horario de los servicios de la nutrióloga en servicio social con la que se cuenta en el módulo.

La página web de la campaña al no poder alojarla de forma inmediata en la página del SAISUV se hizo el ajuste para alojarla en un servidor externo para que pudiera ser consultada y no quedara esa deficiencia en la campaña.

7.11 Evaluación

Para la evaluación de la campaña se plantea ocupar dos criterios:

- El impacto
- El número de consultas al nutriólogo

Para el primer criterio se contempla en un plazo de 6 meses posterior al inicio de la campaña por medio de un instrumento que se aplique a los usuarios del SAISUV explorar que tanto recuerdan de la campaña, cuestiones como son el nombre, el objetivo, los pasos, etc., y en aquellos que la han seguido de forma complementaria saber que mejoras han tenido en su salud. A pesar de lo anterior, se realizará una pequeña evaluación correspondiente al mes de intervención de la campaña, para lo cual se elaboró un cuestionario que recopilara la opinión de los usuarios respecto al contenido, colores, mensajes etc., de la campaña.

Para el segundo criterio, se tomó como base de referencia, la agenda de consultas de nutrición que el personal de recepción maneja así como la agenda personal de la nutrióloga para cotejar el número de consultas realizadas un mes antes de la intervención, es decir del 2 de abril al 2 de mayo y del mes de intervención que corresponde del 3 de mayo al 3 de junio y conocer si el número se incrementó.

7.12 Instrumento de evaluación

Se elaboró un cuestionario por los integrantes del equipo (anexo 9) para lo cual se utilizó la técnica o método Delphi donde un experto en el tema, realizó comentarios y valoraciones del mismo para afinarlo de acuerdo a la intención. Este instrumento busca conocer si la gente recuerda la campaña, si ésta los motiva o no a cambiar sus hábitos y por último captar su opinión respecto a la intención y aspecto de la campaña así como sugerencias a la misma.

Posteriormente se realizó un piloteo con 10 personas para saber si el contenido del cuestionario era claro y entendible, además de saber si se obtendría lo que se buscaba conocer.

7.13 Delimitación del tamaño de muestra

El universo de estudio fueron aquellos derechohabientes que en promedio asistían al SAISUV por día (76), para calcular el tamaño de la muestra se empleó la siguiente formula:

$$n = \frac{Ƶ^2\ P\ (1 - P)}{d^2}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

Ƶ = Nivel de confiabilidad del 95 por cierto (1.96)

P= Proporción de casos con la característica de interés.

d= Nivel de precisión de .05 que tiene que ver con la amplitud del intervalo de confianza.

El tamaño de la muestra calculado para aplicar el cuestionario fue de 38 sujetos, los cuales fueron seleccionados a conveniencia.

7.14 Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS 22, con el cual se obtuvieron frecuencias y porcentajes de los datos obtenidos del cuestionario que se aplicó a los derechohabientes del SAISUV.

8. Resultados

8.1 Evaluación de la campaña mediante la aplicación del cuestionario a los derechohabientes del SAISUV

De acuerdo con los resultados obtenidos del total de derechohabientes del SAISUV encuestados, el 65.8% dijo saber que existía una campaña que promovía los hábitos saludables en el SAISUV, mientras que el 34.2% dijo no conocer la campaña (tabla 2).

Tabla 2. Existencia de campaña para promover hábitos saludables en el SAISUV

Existencia de campaña para promover hábitos saludables en el SAISUV	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	65.8
No	13	34.2
Total	38	100

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

Todos aquellos derechohabientes que contestaron positivo a conocer la campaña realizada en el SAISUV, se les preguntó si recordaban el tema principal de esta, por lo que los resultados fueron muy variados, sin embargo, la mayoría están enfocados a lo que promueve dicha campaña. Como se muestra en la tabla 3, el mayor porcentaje de derechohabientes respondió que el tema principal de la campaña es mejorar los hábitos de las personas.

Tabla 3. Tema principal de la campaña de acuerdo a los derechohabientes del SAISUV

Tema de la campaña	Frecuencia	Porcentaje
Mejora 3 hábitos	5	20
Mejora 3 hábitos, mejora tu salud	4	16
Mejora tus hábitos	3	12
Hábitos saludables	2	8
Hacer ejercicio	2	8
Mejora tu salud	2	8
Baja de peso	1	4
Desempólvate, bájale y mídete	1	4
Alimentación saludable	1	4
Más salud	1	4
Alimentarse	1	4
Reducir índice de obesidad y enfermedades	1	4
Una mejor calidad de vida	1	4
Total	25	100

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el módulo de la campaña que más recuerdan los derechohabientes encuestados del SAISUV es el de bájale con un 92%, seguido del módulo de desempólvate con un 84% y finalmente el módulo de mídete con un 76% (tabla 4). Estos resultados indican que los temas relacionados con la buena alimentación y la reducción en el consumo de bebidas calóricas son de mayor interés para los derechohabientes.

Tabla 4. Módulos de la campaña más recordados por los usuarios del SAISUV

Módulo de la campaña	Si	%	No	%
Bájale	23	92	2	8
Desempólvate	21	84	4	16
Mídete	19	76	6	24

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

El 64% de los encuestados dijo no saber que existe una página de internet en donde hay más información de los módulos de la campaña, mientras que un 36% dijo saber de la existencia de la página de internet (tabla 5).

Tabla 5. Conocimiento por parte de los derechohabientes del SAISUV sobre la existencia de la página de internet de la campaña

Conoce la página de internet	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	36
No	16	64
Total	25	100

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

El 64% de los derechohabientes encuestados considera que el propósito de la campaña es bueno, mientras que el 36% restante cree que es excelente (tabla 6). En general se observa que las personas comprenden en gran medida el propósito de realizar los diferentes módulos de la campaña

Tabla 6. Opinión sobre el propósito de la campaña

	Frecuencia	**Porcentaje**
Buena	16	64
Excelente	9	36
Regular	0	0
Mala	0	0
Pésimo	0	0
Le da igual	0	0
Total	25	100

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

En cuanto al impacto que tiene el aspecto de los materiales usados en la campaña (carteles, folletos, cinta para medir cintura), el 60% de los derechohabientes encuestados considera que fue bueno, el 36% cree que es excelente y el 4% que su aspecto es regular (tabla7).

Tabla 7. Opinión de los derechohabientes del SAISUV respecto a los materiales usados en la campaña

	Frecuencia	**Porcentaje**
Buena	15	60
Excelente	9	36
Regular	1	4
Mala	0	0
Pésimo	0	0
Le da igual	0	0
Total	25	100

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

El 60% de los derechohabientes encuestados considera que lo que más le gustó de la campaña fue el contenido de los módulos (mídete, chécate y desempólvate), otro 32% considera que fueron los materiales (cintas, folletos y carteles), finalmente a un 8% le gustó más la claridad del contenido (tabla 8).

Tabla 8. Contenidos y materiales de la campaña realizada en el SAISUV

	Frecuencia	**Porcentaje**
Contenido informativo		
Información de los módulos	15	60
Claridad del contenido	2	8
Materiales		
Cintas para medir cintura	4	16
Folletos y carteles	4	16
Total	25	100

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

En la tabla 9 se puede observar que el 96% de los derechohabientes encuestados si considera en realizar al menos una de las actividades que se sugieren en los módulos de la campaña.

Tabla 9. Usuarios que consideran realizar al menos una de las actividades que se sugieren en los módulos de la campaña

	Frecuencia	**Porcentaje**
Si	24	96
No	1	4
Total	25	100

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

En la gráfica 10 se puede observar que el 70.8% de los derechohabientes encuestados tienen interés por realizar actividades del módulo de desempólvate, el 41.7% de bájale y el 16.7% de mídete. Cabe señalar que algunas personas dijeron que tenían interés en realizar actividades de más de un módulo.

Tabla 10. Derechohabientes del SAISUV encuestados con interés de realizar algún módulo de la campaña.

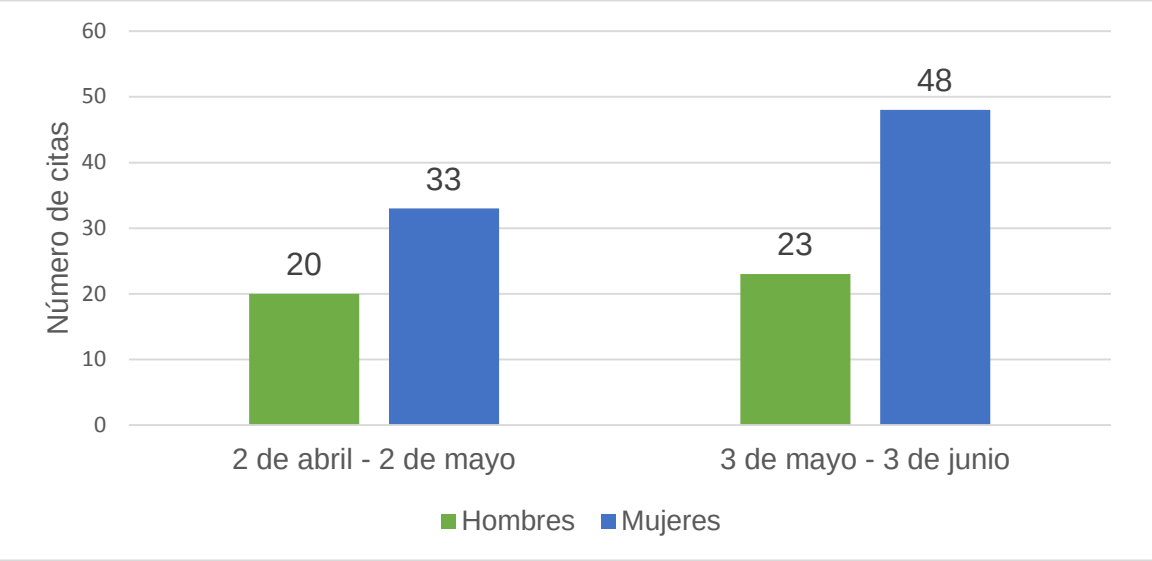
Modulo	Frecuencia	Porcentaje
Desempólvate	17	70.8
Bájale	10	41.7
Mídete	4	16.7

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de la maestría en Salud Pública a usuarios del SAISUV, 2014.

8.2 Evaluación de la campaña mediante el registro del número de pacientes referidos al nutriólogo antes y durante el periodo de intervención.

En cuanto a los datos obtenidos entre el 2 de abril y el 2 de mayo se encontró un total de 53 consultas con el nutriólogo, de las cuales 20 habían sido solicitadas por hombres y 33 por mujeres. En el periodo del 3 de mayo al 3 de junio hubo un total de 86 consultas con el nutriólogo, de las cuales se descartaron 15 ya que habían sido consultas subsecuentes, por lo que no podían tomarse para medir el incremento esperado por la campaña realizada. En este periodo, 23 citas fueron solicitadas por hombres y 48 por mujeres, dando un total de 71 citas de primera vez.

Gráfico 3. Comparación entre citas referidas al nutriólogo entre abril y junio de 2014



Fuente: Registro de consultas de nutrición del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana

Como se puede observar en el gráfico 3, el número de citas se incrementó en el periodo que comprende del 3 de mayo al 3 de junio, coincidiendo con el inicio y desarrollo de la campaña, dicho incremento fue de 18 consultas en el mes, lo que equivale a un incremento del 25% con respecto al mes anterior. Así mismo es notorio que el mayor número de citas es solicitado por mujeres, ya que se puede ver un incremento de 15 citas de mayo a junio, mientras que en el caso de los hombres únicamente hubo un incremento de 3 citas de mayo a junio.

9. Conclusiones

Podemos concluir referente a lo anterior que los resultados de la campaña fueron positivos, iniciando por el alto porcentaje de 65.8% de usuarios que dijeron conocer el programa y destacando que este porcentaje se tomó sólo en un día habitual. Además si bien no todos recuerdan el nombre exacto de la campaña, la mayoría entiende la intención y el enfoque que promueve la campaña, señalando en la respuesta de mayor porcentaje que el tema principal es mejorar los hábitos de las personas.

En cuanto al conocimiento de los tres ejes fundamentales de la campaña, concluimos que aunque el porcentaje de los tres es aceptable, se debe poner más énfasis en el paso de mídete, ya que es el que está teniendo menor efecto en la memoria o atención de los usuarios.

Referente a la página web se concluye que se necesita más difusión y enfoque de la misma ya que el porcentaje de las personas que no la conocen es mayor a las que dicen conocerla.

Con respecto al propósito, el resultado es positivo, ya que 64% de los derechohabientes encuestados considera que el propósito de la campaña es bueno y el 36% restante cree que es excelente.

También concluimos que en cuanto al gusto de los usuarios, se consideran resultados positivos ya que el nombre de los ejes, los materiales y la claridad del contenido les agrada y un alto porcentaje de usuarios consideraría realizar al menos una actividad de las que la campaña sugiere, siendo la más referida “desempólvate”.

Por último en cuanto al incremento de las consultas a la nutrióloga, el resultado fue positivo al incrementarse de 53 a 71 consultas en el mes de intervención, es decir 18 consultas más que equivalen a un incremento del 25% con respecto al dato del mes anterior, siendo usuarios femeninos las que más solicitan el servicio.

10. Recomendaciones

Con base en los resultados y las observaciones que se tuvieron durante el desarrollo de la intervención se pueden enunciar las siguientes recomendaciones:

- Considerar una evaluación posterior con el fin de conseguir resultados más confiables que muestren el impacto de la campaña ya que el tiempo de esta primera evaluación fue muy escaso por lo que los resultados pudieran parecer poco significativos.
- Buscar recursos y financiamiento para la prolongación o permanencia de esta campaña, así como para una posible expansión de espacio de alcance.
- Buscar la implementación de esta campaña dentro de toda la Universidad Veracruzana con el fin de que puedan participar toda la comunidad universitaria.
- Continuar con las juntas de personal, para crear conciencia sobre la importancia de éste dentro de la campaña y así p lograr resultados exitosos. Lograr que utilicen los gafetes e inviten a la población usuaria a participar y utilizar el material didáctico que se ha diseñado para ellos.
- Destinar más tiempo y recursos para capacitar como promotores de salud al personal que ya se encuentre laborando en SAISUV (principalmente personal de recepción y enfermería).
- Colocar algún otro recurso impreso en la parte de afuera sobre la campaña, ya que durante la aplicación del instrumento de evaluación se identificaron personas que no recorren el proceso de un usuario promedio dentro de la institución.
- Reacomodo de bastidores o cualquier otro material impreso que obstruya la visibilidad de los productos de la campaña; esto facilitará su identificación entre la población usuaria.

11. Referencias bibliográficas

1. Díaz J, Melgarejo P, Pérez K. Análisis de la situación de salud de los trabajadores derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana. Unidad de atención médica. Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I. 12. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana, Instituto de Salud Pública; 2013. p. 296-332.

2. Universidad Veracruzana. Contrato colectivo de trabajo del personal academico. Veracruz, México: FESAPAUV/UV; 2012.

3. ¿Qué es la promoción de la salud? Organización Panamericana de la Salud, 2013. (Consultado Marzo, 2013). Disponible en: http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com_catalog&view=article&id=4%3Awhatishealthpromotion&catid=8%3Arecources&lang=es

4. OMS. Nota descriptiva no. 311 "Obesidad y sobrepeso": Organización Mundial de la Salud; 2012 (Consultado marzo 2014). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

5. Arrazate MC, Macías M. Análisis de la situación de salud de usuarios con diabetes mellitus tipo del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana en la unidad de atención medica Xalapa en el año 2011. Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I. 12. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana, Instituto de Salud Pública; 2013. p. 94-125.

6. Álvarez MT, Alfaro JA, Vázquez R. Aspectos epidemiológicos de la poblacion del Servicio Médico Xalapa de la Universidad Veracruzana. UniverSalud. 2013; 9(17): 31-39.

7. OMS. Enfermedades crónicas 2008 (Consultado marzo 2014). Disponible en: http://www.who.int/topics/cronic diseases/es/

8. OMS. Enfermedades no transmisibles 2013 (Consultado marzo 2014). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/

9. Shaw J, Sicree R, Zimmet P. Global Estimates of the Prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2010; 87:4-14.

10. Dirección General de Epidemiologia. Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2, primer trimestre 2013 (Consultado marzo 2014). Disponible en: htttp://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bolt_diabetes/dm2bolt12013.pdf.

11. Stevens G, Dias RH, Thomas KJA, Rivera JA, Carvalho N, et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: National and sub national burden of diseases, injuries, and risk factors. PLoS Med. 2008;5(6): 120-125.

12. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizú R, Aguilar-Salinas CA. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex 2010; 52(1): 63-71.

13. Salud OMS. Nota descriptiva no. 311 "Obesidad y sobrepeso": Organización Mundial de la Salud; 2012 (Consultado marzo 2014). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

14. NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. [Internet]. (Consultado abril 2014). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html

15. NOM-043-SSA2-2012. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. (Consultado mayo 2014). Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

16. NOM-030-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. (Consultado mayo 2014). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html

17. ISSSTE. Mantén tu glucosa en niveles adecuados. (Consultado abril 2014). Disponible en: http://www.prevenissste.gob.mx/diabetes/manten-glucosa-en-niveles-adecuados-prevenissste

18. ISSSTE. Nutrición y ejercicio. (Consultado abril 2014). Disponible en: http://www.prevenissste.gob.mx/nutricion-ejercicio

19. CONADE. Guía de Actividad Física Laboral. (Consultado abril 2014). Disponible en: http://activate.gob.mx/Documentos/05_Guia_Laboral.pdf

ANEXOS

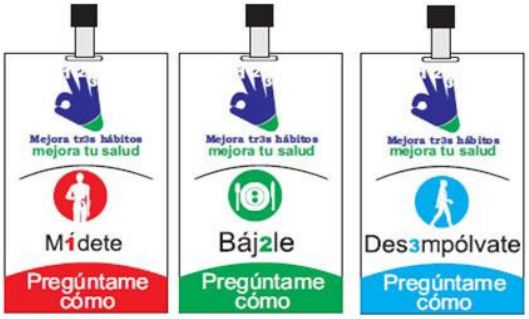
Anexo 1

Cartel de bienvenida

Cartel de bienvenida al SAISUV
90 X 1.50 Mts
Impresión digital sobre papel o lona
según condiciones de colocación

Anexo 2

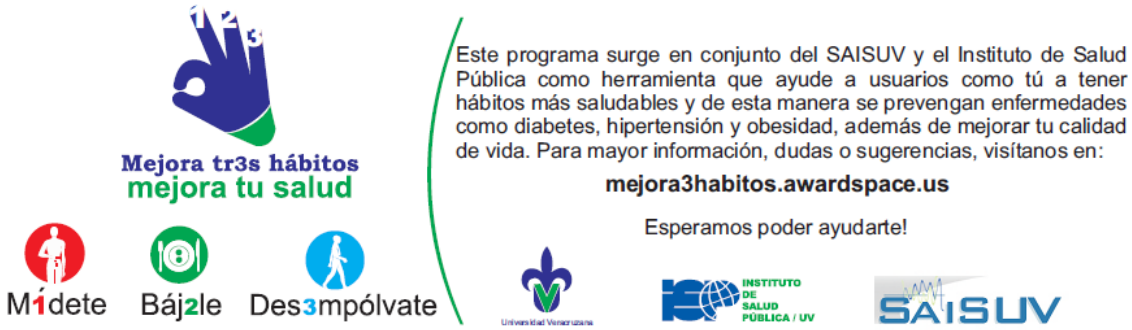
Gafetes para personal de recepción y enfermería



Gafette promocional

Anexo 3

Volantes



Anexo 4

Carteles de sala de espera

Carteles de información intermedia para sala de espera SAISUV
60 X 1.20 Mts
Impresión digital sobre papel o lona
según condiciones de colocación

Anexo 5

Carteles de consultorio

Cartel consultorios
50 X 100 cm.
impresión digital sobre papel

Anexo 6

Folleto

Portada y contraportada del folleto

Contenido del folleto

Bienvenido al programa **Mejora tres hábitos de salud, mejora tu salud**, que la Universidad Veracruzana através del SAIUV y en conjunto con el Instituto de Salud Pública hemos diseñado para ti. Este programa tiene como objetivo ayudarte a desarrollar **3** hábitos que tendrán un importante impacto en tu buena salud.

M1dete

Es muy importante que te midas periódicamente; de esta manera conociendo los resultados de esas medidas, podrás detectar a tiempo algún problema de salud.

- Circunferencia abdominal
- Presión arterial
- Nivel de glucosa en la sangre
- Colesterol y triglicéridos

Báj2le

La comida es un placer, pero los excesos en ella pueden ser muy dañinos. Busca la guía de alimentación o pide una referencia hacia un nutriólogo; verás que comer sano no tiene porque ser un sacrificio.

Des3mpólvate

El ejercicio diario es muy benéfico para tu salud; tu cuerpo libera substancias que te auxilian a eliminar el estrés, puede ayudarte a mantener un peso ideal y hace que tus músculos y esqueleto se mantengan "lubricados" y libres de dolor.

Incrementa tu actividad física

Puedes realizar algunas acciones sencillas que incrementen tu actividad física. Algunos ejemplos son: caminar (vigorosamente), trotar, correr, saltar, bailar, juegos recreativos, etc.

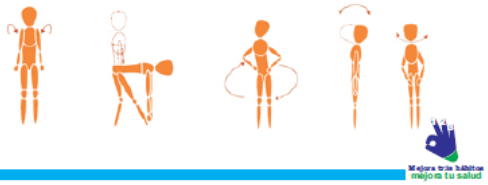
Puedes convivir con tu familia y realizar ejercicio.

Hay actividades que promueven la convivencia familiar y que ayudan a realizar ejercicio.
Ir al parque, pasear al perro e ir buscando nuevas rutas cada día.
Pasear en bicicleta o en patines
Jugar futbol, beisbol, voleibol, o algún otro deporte y organizar torneos interfamiliares.
Organizar juegos como brincar la cuerda o a los encantados
Bailar es un excelente tonificador muscular.
Al ir de compras, puedes procurar dejar tu automóvil lo más lejos posible y además caminar por el centro comercial a paso rápido.

En tu oficina.

Puedes crear hábitos como dejar tu coche un poco más lejos en el estacionamiento o si lo prefieres, unas cuadras antes, tomar pequeños recesos de 5 minutos para realizar actividades de calentamiento (las cuales también ayudan a relajarte), subir las escaleras en vez de tomar el elevador. Recuerda siempre mantenerte hidratado con agua natural.

No es necesario hacer una rutina en un gimnasio, basta incrementar la actividad física de manera cotidiana; sin embargo, se debe tomar en cuenta que mientras mayor actividad física se realice, mayores serán los beneficios. Los adultos deben participar en actividades físicas propias de su edad para evitar desgaste excesivo o lesiones. Estas rutinas deben realizarse al menos 5 días por semana, acumulando en los adultos 150 minutos semanales de actividad física moderada, así mismo en niños esta frecuencia se mantiene en 5 días por semana hasta alcanzar 300 minutos de actividad física moderada.
Recuerda siempre realizar un pequeño calentamiento con la finalidad de evitar lesiones, Se sugieren movimientos circulares de cabeza a pies considerando todas las articulaciones y músculos (cuello, hombros, brazos, manos, tronco, cadera, piernas, rodillas y pies). *El tiempo sugerido para esta fase es de 3 minutos.*



2da forma 3ra forma

Mejora tres hábitos mejora tu salud

Contenido del folleto

Báj2le

Bájale a la sal.

Hay muchas personas que aun sin haber probado la comida ya están agregando sal a sus alimentos

Evita:
- agregar sal extra a las comidas
- poner el salero en tu mesa a la hora de comer.

Bájale al azucar.

Disminuye:
- el consumo de bebidas azucaradas como refrescos y jugos industrializados y el pan dulce.
- poco a poco la cantidad que agregas a tus bebidas, puedes comenzar diluyéndolas con un poco de agua.

Bájale a las grasas.

- Cocina con aceites como el de oliva y canola en lugar de manteca, mantequilla o margarina.
- Mejor alimentos asados que fritos.
- Reduce el consumo de papas fritas y comida chatarra.
- Prefiere las carnes blancas como el pollo y el pescado y no las carnes rojas.

Una dieta correcta promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrimentos al organismo y evitar enfermedades como la obesidad,diabetes, hipertensión, entre otras.

Una dieta correcta debe ser:

completa: que incluyas por lo menos un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena.

Equilibrada: que las porciones de los alimentos de cada grupo sean adecuadas.

Suficiente: debe cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a su edad, sexo, estatura y actividad física .

Variada: que incluya diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida.

Higiénica: que se prepare, sirva y consuma con limpieza.

Adecuada: a los gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos.

¡Asiste con el nutriólogo!,
pide tu cita en el módulo de la recepción.

¿cuál sufrir?

5 COMIDAS AL DIA

Come cinco veces al día, tres comidas principales y dos refrigerios, uno a medio día y otro a media tarde.

Toma agua

- Da prioridad al agua simple.
- Toma 2 litros diarios de agua simple; estos son independientes a las tazas de café, leche etc que consumas normalmente.
- Reduce el consumo de bebidas azucaradas.
- No dejes largos periodos, sin beber agua. Bebe aún sin tener sed.
- A la hora de la comida, pon una jarra de agua sola sobre la mesa, puedes hacer la transición paulatina de bebidas azucaradas a agua de fruta, y de ésta al agua simple.

Mejora tres hábitos mejora tu salud

Contenido del folleto

Des3mpólvate

Realizar una breve actividad física contribuye a disminuir los riesgos de desarrollar enfermedades producto del sedentarismo (diabetes, hipertensión, obesidad), además ayuda a disminuir los niveles de estrés y a mejorar la circulación sanguínea que beneficia nuestros órganos vitales.
Realiza por lo menos 30 minutos de actividad física acumulables al día.

¿Qué beneficios obtengo con la práctica de la actividad física?

- Aumenta la densidad ósea (previene la osteoporosis)
- Mejora el perfil lipídico (metabolismo de las grasa)
- Aumenta la fuerza muscular.
- Mejora el funcionamiento de la insulina (controla el azúcar en la sangre)
- Mejora la movilidad articular.
- Mejora la resistencia física.
- Controla la presión arterial.
- Mejora la coordinación, reflejos y tono muscular (mejor postura)
- Mejora el funcionamiento intestinal.
- Controla el peso corporal.
- Disminuye el estrés y se asocia a la reducción de la depresión.

Cuando una persona dentro de una institución como la nuestra tiene una actividad física constante:

- Aumenta la productividad.
- Mejora la imagen institucional.
- Disminuye los costos médicos.
- Disminuye los índices de ausencias.
- Ayuda a reducir los niveles de estrés.
- Mejora el entorno laboral.

Mídete

Mide tu cintura.
Utilizando la cinta métrica especial que hay en el SAISUV, colócate de espaldas pegado a la pared como se ve en la silueta. Toma la cinta y llévala hasta el otro extremo. Si tu medida entra el área:

Verde: Felicidades tienes una media de cintura normal. (mujeres menos de 79 cm, hombres menos de 89 cm).
Rojo: Tu medida indica que tienes obesidad y estás en serio peligro de salud. (mujeres más de 79 cm, hombres más de 89 cm)

Mide tu índice de masa corporal (IMC)

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple para relacionar entre el peso y talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y obesidad en adultos.

Un IMC menor a 25 indica un peso saludable
Un IMC igual o superior a 25 indica sobrepeso
Un IMC igual o superior a 30 indica obesidad

Esta medida se obtiene usando la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{Altura (Mts.)} \times \text{Altura (Mts.)}}$$

Mide tu presión arterial.

En el módulo del SAISUV puedes solicitar que te la midan.
Tus niveles deben estar como máximo en 135/85 mm/Hg. Una mayor presión arterial puede ser síntoma de **hipertensión arterial**.

Para lo siguiente pide a tu médico que te ordene unos exámenes de laboratorio para medirlos.

Mide tu nivel de glucosa En la sangre.

Normal: 70 a 100

Prediabetes: 101 a 125
Diabetes 126 ó más
} Acude a tu médico para su confirmación

Mide tus triglicéridos

Tus resultados deben estar en los siguientes rangos:

Normal: menos de 150 mg/L
Limitrofe alto: 150 a 199 mg/L
Alto: 200 a 499 mg/L (peligroso)
Muy alto: 500 mg/Lo superior (muy peligroso)

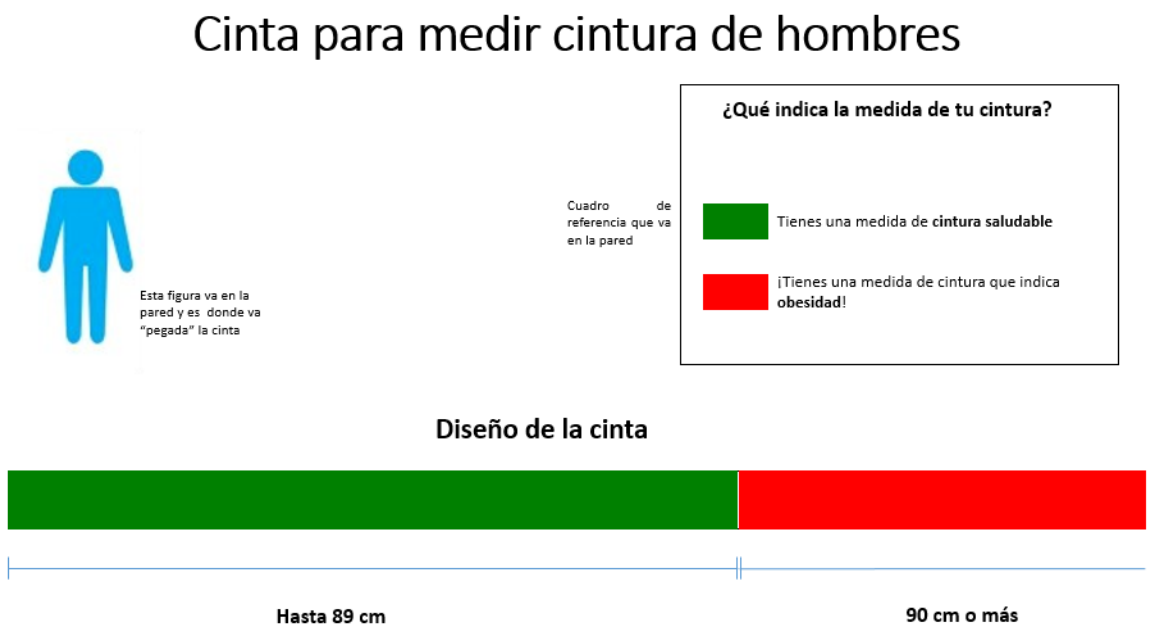
Mejora tu hábitos mejora tu salud

Anexo 7

Página web

Anexo 8

Diseño de cinta para medir cintura



Anexo 9

Cuestionario para medir impacto de la campaña

1. Sabe usted si aquí en el servicio médico hay alguna campaña que promueva los hábitos saludables

Si _____ (pasar a la pregunta 2) No_____

2. ¿Recuerda cuál es el tema de la campaña?

Si ¿Cuál?_____ No_____

3. ¿Recuerda en que consiste la campaña?

a) M1dete B) Bájale c) Des3mpólvate

4. ¿Sabe si existe una página en internet de la campaña?

a) Sí b) No

5. ¿Qué opinión tiene del propósito de la campaña?

a) Excelente b) Buena c) regular d) mala e) pésimo e) me da igual

7. ¿Qué opinión tiene del aspecto de los materiales de la campaña?

a) Excelente b) Buena c) regular d) mala e) pésimo e) me da igual

6. Sobre el contenido de la campaña, ¿qué es lo que más le gustó?

_____
_____
_____
_____

7. En caso de que usted tuviera disponibilidad de tiempo ¿La campaña lo motivaría a realizar alguna de las actividades que sugiere?

a) Si ¿Cuál? _____ b) No_____

8. ¿Qué comentarios haría a la campaña?

_____
_____
_____
_____